

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THESE

277

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Alice APPERT-COLLIN, née FAURE

Née le 9 Juin 1909 à Ciron (Indre)

FORMES CLINIQUES ET ÉVOLUTIVES
des Tuberculoses mixtes

(Ostéo-Articulaires et Pulmonaires Associées)

Travail de l'Hôpital Sanatorium de Brévannes.

Président : M. E. SERGENT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Alice APPERT-COLLIN, née FAURE

Née le 9 Juin 1909 à Ciron (Indre)

**FORMES CLINIQUES ET ÉVOLUTIVES
des Tuberculoses mixtes**

(Ostéo-Articulaires et Pulmonaires Associées)

Travail de l'Hôpital Sanatorium de Brévannes

Président : M. E. SERGENT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1937

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale... .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux... .	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARJON.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Obstétrique.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
BULLIARD	Histologie.	MII J. LEVY	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	OBERLING	Anat. pathologique.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIÉDELIEVRE	Obstétrique.
DE GENNES	Pathologie médicale.	PORTES	Ophthalmologie.
GAYET	Physiologie	RENARD	Physiologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Chimie biologique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIE	Pathologie chirurgic.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	SENEQUE	Pathol. expérimentale
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	TURPIN	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Pathologie chirurgic.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.	WILMOTH	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
AGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROcq	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	Clinique obstétricale.
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLERY-		VELTER	
RADOT		ECALLE	
SÉZARY		GUENIOT	
		LE LORIER	
		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON MARI

A MES ENFANTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR E. SERGENT
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu me faire le grand hon-
neur de présider cette thèse.
En témoignage de mon profond respect.*

A M. LE DOCTEUR PIERRE-BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux
Médecin-Chef de l'Hôpital Sanatorium de Brévannes

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail.
En témoignage de profonde gratitude.*

A MM. LES DOCTEURS

HENRI THIEL

Médecin-Assistant à l'Hôpital-Sanatorium de Brévannes

ET

MARIO LEBEL

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Assistant Chirurgical à l'Hôpital-Sanatorium de Brévannes

*Qui m'ont aidée de leurs conseils .
En témoignage de vive reconnaissance.*

AU DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours

AU DOCTEUR DÉNOYELLE

AU DOCTEUR COSSE

AU DOCTEUR A. MERCIER

AU DOCTEUR FAIX

AU DOCTEUR HUC

*Qui ont été les guides bienveillants de
mes premières années d'études.*

A TOUS MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

PREFACE

Collaborant avec son mari, le D^r GUY APPERT-COLLIN, Mme APPERT-COLLIN nous présente un important essai de classification clinique des tuberculoses mixtes de l'adulte (tuberculoses à la fois pulmonaire et ostéo-articulaire).

Depuis près de trois années, avec MARIO LEBEL, nous nous intéressons à cette question et nous suivons l'évolution de ces nombreux cas de tuberculose mixte qui, ne pouvant être dirigés sur Berck du fait de leur état pulmonaire, sont admis à l'Hôpital-Sanatorium de *Brévannes*.

Mais nous n'aurions pas eu la possibilité de tirer de cette masse d'observations un premier travail d'ensemble si Mme APPERT-COLLIN n'était venue nous apporter son active et si précieuse collaboration.

Ces aspects si particuliers de la tuberculose ont été pendant longtemps ignorés, autant des médecins que des chirurgiens. Les uns et les autres étaient d'accord pour les déclarer exceptionnels et dépourvus d'intérêt.

Depuis quelques années au contraire cette question est venue à l'ordre du jour. L'évolution des tuberculoses osseuses à foyers multiples a retenu l'attention de MM. BEZANÇON et ETIENNE BERNARD, la belle observation de JACOB a prouvé que certaines tuberculoses mixtes peuvent bénéficier d'une thérapeutique active. Récemment les très remarquables recherches de M. A. BOQUET sur la production expérimentale de tuberculoses osseuses multiples par injection de bacilles tuberculeux bovins au lapin conduiront les cliniciens à se demander si dans ces cas de tuberculose mixte la nature du bacille correspond à des modalités cliniques et évolutives particulières.

Mais avant de s'engager dans des recherches thérapeutiques ou bactériologiques il fallait préciser le cadre clinique dans lequel elles évoluent. C'est cet essai de classification que présente aujourd'hui Mme APPERT-COLLIN.

Son travail est nécessairement *limité* et *provisoire*. Il se localise volontairement aux tuberculoses osteo-articulaires, laissant de côté les localisations viscérales (génito-urinaires, ganglionnaires ou autres) associées aux tuberculoses pulmonaires. Il n'est valable que pour les malades appartenant au milieu pathologique et social de l'Hôpital-Sanatorium de Brévannes. C'est ce qui explique la sévérité de l'en-

semble des conclusions, en opposition avec ce que certains de nos confrères ont pu observer chez *d'autres* malades atteints *d'autres* formes de tuberculose et appartenant à des milieux sociaux différents (Leysin, par exemple).

Sans doute quelques modifications devront être apportées à cette classification nosologique. Certains types cliniques n'ont peut-être pas une individualité très prononcée. Encore une fois, il ne s'agit que d'un « essai » provisoire, limité, mais à notre avis *essentiel*.

De ces premières constatations deux notions importantes doivent être retenues :

1° Les tuberculoses mixtes à *précession osseuse* sont en général *plus bénignes*, elles le sont *d'autant plus que la date d'apparition de la première localisation est plus éloignée de la seconde*.

La loi de MARFAN sur l'état d'immunité créé par une première atteinte ostéo-ganglionnaire n'est valable que dans le cas de tuberculose ostéo-ganglionnaire de l'enfant. L'adulte poly-tuberculeux échappe à cette loi ;

2° L'action favorable de certaines suppurations externes sur l'évolution pulmonaire n'est contrôlée qu'en cas de suppurations discrètes de petites articulations. Au contraire les suppurations ont sur les

lésions pulmonaires une action rapidement aggravante quand il s'agit d'atteintes massives de grosses articulations. Toutes choses égales, *cette action aggravante est fonction de la masse des tissus ostéo-articulaires atteints, de la surface de suppuration et du volume journalier du pus éliminé.*

Retenons ces deux principes. Ils peuvent nous conduire à des conclusions thérapeutiques utiles.

Pierre BOURGEOIS.

HISTORIQUE

Jusqu'ici le problème précis que nous nous proposons d'étudier dans ce travail ne semble pas avoir été spécialement traité.

Nombre d'auteurs, frappés par la coexistence fréquente de tuberculoses chirurgicales et de tuberculoses pulmonaires ont cherché à établir une relation entre ces deux ordres de manifestation mais sans envisager strictement les rapports existant entre les localisations ostéo-articulaires et pleuro-pulmonaires.

Le plus souvent leurs travaux n'ont porté que sur un groupe limité de manifestations et ne se sont intéressés qu'aux formes de l'enfant négligeant celles de l'adulte. D'autres recherches sont sorties de notre cadre en traitant parallèlement aux tuberculoses ostéo-articulaires des tuberculoses viscérales, ou enfin en abordant les problèmes de pathologie générale avant d'avoir précisé les données cliniques.

Cependant bien que le sujet n'ait pas été étudié isolément il est intéressant de rappeler l'opinion des anciens cliniciens qui ont apporté une large part à

cette étude en émettant les premiers, dès 1886, l'idée d'une relation entre la phthisie et la scrofule qui réunissait toutes formes de tuberculoses extra-pulmonaire aussi bien ostéo-articulaires que cutano-ganglionnaires.

I. — TRAVAUX CLINIQUES ANCIENS

Les manifestations extra-pulmonaires sont demeurées longtemps en dehors du cadre de la tuberculose et leur retentissement sur les lésions pulmonaires a été établi pour la première fois par LAËNNEC (1).

Dans son traité d'auscultation il attire l'attention sur le fait que les scrofuleux deviennent souvent des phtisiques. Il signale « l'existence simultanée de tubercules dans plusieurs organes à la fois », il ajoute : « *Il est rare que chez les phtisiques, le poumon seul contienne des tubercules; presque toujours les intestins en contiennent en même temps dans leurs parois où ils déterminent des ulcères qui deviennent la cause de la diarrhée colquative qui accompagne souvent la phtisie pulmonaire.* »

Il n'est peut-être aucun organe qui soit exempt du développement des tubercules et où on n'en rencontre quelquefois chez les phtisiques, j'indiquerai ici ceux chez lesquels j'en ai trouvé, et à peu près dans l'ordre de la fréquence des tubercules dans chacun d'eux : les glandes bronchiques et médias-

tines, les glandes cervicales, les glandes mésentériques, celles de toutes les autres parties du corps, le foie dans lequel les tubercules forment des masses très volumineuses et arrivent rarement jusqu'au ramollissement complet, la prostate dans laquelle au contraire les tubercules se ramollissent souvent, et laissent après leur évacuation par l'urètre des excavations plus ou moins vastes; la surface du péritoine et des plèvres, les tubercules petits et nombreux se rencontrent ordinairement dans l'état gris et demi transparent ou de cruosité et produisent toujours la mort par hydropisie avant d'être parvenus au ramollissement complet; l'épididyme le conduit déférent, le testicule, la rate, le cœur, la matrice, le cerveau, le cervelet, *l'épaisseur des os du crâne, le corps des vertèbres ou l'intervalle de leurs appareils ligamenteux et de ces os eux-mêmes; l'épaisseur des côtes*; enfin les tumeurs de l'espèce de celles que l'on confond ordinairement sous le nom de squirrhe ou de cancer et dans lesquelles la matière tuberculeuse se trouve confondue par mélange intime ou séparée en masses isolées et très distinctes au milieu d'une ou de plusieurs autres sortes de productions accidentelles.

Les tubercules se développent plus rarement dans les muscles du mouvement volontaire que dans aucune autre partie. »

Plus loin, à l'appui de ses arguments, LAËNNEC écrit :

« Presque toutes les observations contenues dans l'ouvrage de M. BAYLE présentent *des exemples d'un développement simultané analogue de tubercules* dans les diverses parties du corps. »

Après les travaux de WIRCHOW, LANELONGUE, CORIN et GRANCHER en 1880, ceux de QUINQUAND en 1883, l'opinion des anciens cliniciens semble résumée dans la thèse de COUVREUR (2) qui conclut d'une part :

— A la rareté de l'indépendance réciproque de la scrofule et de la tuberculose pulmonaire.

— D'autre part à la possibilité de la tuberculose pulmonaire chez un sujet porteur d'une adénite cervicale.

Vers la même époque le problème se précise avec deux nouveaux auteurs : MM. LETULLE et HALBRON (3) qui dans leur étude sur les « Complications osseuses et articulaires de la tuberculose pulmonaire » pensent que « La tuberculose pulmonaire peut coexister, rarement il est vrai, avec des lésions tuberculeuses des os ou des articulations. Celles-ci peuvent parfois apparaître au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, le plus souvent c'est au contraire une tuberculose pulmonaire qui vient terminer

l'évolution d'une ostéite ou d'une arthrite tuberculeuse ».

En 1886 : apparition d'une notion nouvelle. A cette date le Professeur MARFAN (4) fait intervenir dans cette question le facteur *immunité*. « On ne constate presque jamais de tuberculose pulmonaire, tout au moins de tuberculose pulmonaire évidente et en évolution, chez des sujets qui pendant l'enfance ont été atteints d'*écrouelles* et qui en ont guéri complètement avant l'âge de quinze ans, cette guérison ayant eu lieu avant qu'aucun autre foyer de tuberculose eût été appréciable. »

Le Professeur MARFAN, en 1921, développe et étend cette conception (5). Aux *écrouelles* il ajoute *toutes les lésions* tuberculeuses groupées sous le nom de *scrofula*, c'est-à-dire « les caries osseuses, tumeurs blanches, gommes, lupus, lésions qui se caractérisent par leur pouvoir de conférer au sujet qui les porte un certain degré de résistance à la tuberculose » à condition, vient-il encore de le préciser tout récemment à la Société Médicale des Hôpitaux à la séance du 8 janvier 1937, que la guérison de ces tuberculoses externes ait lieu avant quinze ans.

La notion de cette guérison complète est si importante selon lui qu'elle n'a pratiquement jamais été mise en défaut.

Le Professeur MARFAN estime que la coexistence d'une tuberculose pulmonaire et ostéo-articulaire chez l'adulte présente un pronostic essentiellement différent selon l'ordre d'apparition des localisations, la précession pulmonaire étant habituellement la plus grave.

Le Docteur J. COMBY, à la même séance, rappelle sa propre expérience en matière de tuberculose infantile et insiste sur la nécessité de bannir chez ces malades toute intervention sanglante.

En 1922, M. RIST (6) étudie les localisations extra-pulmonaires ne s'accompagnant pas de *tuberculose pulmonaire évolutive* et signale certains de leurs caractères :

« 1° Leur fréquence dans l'enfance et l'adolescence et leur rareté relative dans l'âge adulte ;

2° Leur non coïncidence avec la tuberculose pulmonaire évolutive ;

3° L'extrême rareté des cas où les localisations extra-pulmonaires représentent l'accident primitif et leur gravité habituelle dans ces cas ;

4° *L'accident primitif serait dans la majorité des cas pulmonaire*, il entraîne la mort rapidement si la dose de bacilles est massive, si cette dose est minime la primo infection qu'elle réalise aboutit à

une lésion occulte et surtout à un état allergique de l'organisme, »

En 1924 CAMINO (7) dans sa thèse conclut également à la rareté de la coexistence des deux ordres de manifestations, mais en faisant ressortir la rareté des cas de tuberculose extra-pulmonaire par rapport à la fréquence des manifestations pulmonaires. De plus, il développe encore les idées de MARFAN en ajoutant à la notion d'immunité l'hypothèse que cette immunité est créée par toute manifestation extra-pulmonaire guérie ou non, unique ou multiple.

« La seule condition nécessaire est que le début de l'accident extra-pulmonaire se soit fait dans l'enfance ou l'adolescence. Chez ces malades la tuberculose est rare et de forme fibreuse. Au contraire les localisations extra-pulmonaires survenues au cours d'une tuberculose pulmonaire ne sont point immunisantes. »

En 1924 et en 1926 MM. F. BEZANÇON et PHILIBERT (8) ont étudié cette question, mais en reconnaissant l'intérêt clinique de l'observation de MARFAN ils mettent en doute que la guérison d'une première infection confère l'immunité pour l'avenir.

En 1927, J. FREY (9) apporte encore des éléments nouveaux à la question.

Chez un sujet ayant présenté des manifestations

tuberculeuses extra-pulmonaires ou bien la tuberculose pulmonaire n'évolue pas ultérieurement, ou bien elle évolue de façon bénigne et parmi les sujets retrouvés vivants la statistique a montré une évolution pulmonaire d'allure discrète dans 1/10° des cas ou bien elle évolue de façon grave et J. FREY insiste particulièrement sur ce dernier point dans ses conclusions. « La tuberculose pulmonaire évolue beaucoup plus souvent qu'il n'est classique de le dire chez les sujets ayant présenté une tuberculose extra-pulmonaire et il n'est pas rare qu'elle évolue d'une façon grave. »

En 1932, M. RIST (10) fait observer qu'une faible proportion de phtisiques ont présenté dans leurs antécédents des accidents extra-pulmonaires et note que la forme de tuberculose pulmonaire constatée chez ces malades est dans une proportion importante des cas, torpide, fibreuse ou abortive.

Récemment (Société Médicale des Hôpitaux, Séance du 4 décembre 1936) il s'est montré beaucoup plus interventionniste en matière de tuberculoses mixtes que la majorité des phtisiologues. Selon lui les interventions sanglantes sont très bien supportées chez des malades porteurs d'un pneumothorax efficace, et ne créent pas une cause d'aggravation de la localisation pulmonaire.

En 1933, GATTI DE FLORENCE (11) mentionne que sur 984 tuberculeux osseux, 19 moururent de tuberculose généralisée ou de tuberculose pulmonaire.

En 1933 les statistiques de Maurice RENAUD (12) sont les suivantes :

1° Sur 18 sujets hospitalisés pour tuberculose dite locale (Pott, coxalgies) 10 présentent de grosses lésions pulmonaires à forme caséo-ulcéreuse.

8 sont cliniquement indemnes ;

2° Sur 600 femmes envoyées pour tuberculose pulmonaire, on observe 2 cas où un foyer local apparut secondairement.

A cette même époque, deux communications importantes traitant du retentissement des lésions extra-pulmonaires sur les lésions pulmonaires, bien qu'elles soient envisagées du point de vue thérapeutique, doivent retenir notre attention. Ce sont :

1° La communication de JACOB *en* 1932 (13) signalant l'évolution rapide vers la guérison d'une tuberculose pulmonaire après néphrectomie pour tuberculose rénale associée ;

2° Celle de WINTERSTEIN *en* 1933 (14) dans laquelle l'auteur rapporte le fait suivant :

Evolution d'une tuberculose pulmonaire inactive jusqu'alors, sous l'influence d'une tuberculose

de la thyroïde se compliquant d'une lésion claviculaire fistulisée. Puis guérison rapide de cette tuberculose pulmonaire après thyroïdectomie et résection de l'extrémité sternale claviculaire.

Enfin au cours de l'année 1935 plusieurs auteurs ont étudié spécialement le retentissement réciproque des lésions dans les tuberculoses mixtes :

PALTRINIERI (Bologne) (15) nous apporte des statistiques basées sur les résultats de groupes de recherches :

1° Sur 583 malades soignés pour tuberculose ostéo-articulaire à l'Institut héliothérapique de Codivilla :

— 128 avaient des antécédents héréditaires,

— 296 présentaient des lésions pleuro-pulmonaires ainsi réparties :

116 pleurites,

127 reliquats de lésions pulmonaires,

36 formes évolutives dont 10 graves.

De ces 583 malades, 55 sont morts de tuberculose pulmonaire.

2° Sur 264 malades ostéo-articulaires de l'Institut Rizzoli on a compté 199 cas de lésions pleuro-pulmonaires dont :

89 pleurites,

110 lésions du parenchyme.

ETIENNE BERNARD et P. KLOTZ (16) nous soumettent un certain nombre d'observations de tuberculoses mixtes et arrivent à ces conclusions :

1° D'une façon générale les atteintes extra-pulmonaires se sont faites après la période de l'enfance et dans plusieurs des cas la tuberculose pulmonaire a eu une évolution sévère ;

2° Dans la moitié des cas étudiés, les manifestations pulmonaires ont été les premières en date ;

3° Les manifestations pulmonaires ont été très variables ;

4° Les localisations extra-pulmonaires également très polymorphes.

De plus ETIENNE BERNARD recherche la fréquence de l'association des deux ordres de lésions et obtient une moyenne de 5 à 12 % de sujets qui, atteints de tuberculoses pulmonaires, ont présenté des tuberculoses extra-pulmonaires, soit anciennes, soit contemporaines.

Il estime que les deux variétés de tuberculoses coïncidant chez un même malade évoluent chacune pour leur propre compte, mais que au point de vue pronostic, la précession pulmonaire se montre plus grave.

Après cette étude historique au cours de laquelle nous trouvons des opinions bien souvent contradictoires, il apparaît que la question demeure d'une extrême complexité et qu'un travail de base s'impose avant d'envisager toute autre étude de ces formes de tuberculoses mixtes encore mal connues.

Ce travail ne constitue donc qu'un *simple essai de classification clinique* des tuberculoses mixtes ostéo-articulaires et pulmonaires envisagées successivement sous le double point de vue de l'ordre d'apparition et de la forme anatomique des lésions.

1^{re} PARTIE

CLASSIFICATION D'APRES L'ORDRE D'APPARITION DES LESIONS

CHAPITRE I

TUBERCULOSES MIXTES A PRECESSION PULMONAIRE

C'est à cette catégorie que nous devons le plus grand nombre d'observations, un peu plus de 50 % au total alors que nous ne trouvons que 39 % de formes à précession ostéo-articulaire et que 11 % de formes à début concomitant.

Les lésions pulmonaires premières en date ne se rencontrent jamais chez l'enfant, elles apparaissent chez l'adulte :

— Le plus souvent chez l'adulte jeune : les sujets sont âgés de moins de trente ans : 26 cas sur 58.

— Un peu plus rarement, les lésions pulmonaires font leur apparition entre 30 et 50 ans ; 23 cas sur 58.

— Enfin très rarement, 8 fois seulement sur

58, nous notons une apparition très tardive des lésions pulmonaires au-delà de 50 ans.

Les lésions osseuses venant compliquer ces tuberculoses pulmonaires apparaissent approximativement au même âge : l'intervalle d'apparition des deux ordres de manifestations étant dans la majorité des cas extrêmement court.

En effet, sur les 58 cas observés :

1° Les complications osseuses sont survenues 38 fois dans un laps de temps inférieur à 3 ans, voire même à 6 mois ;

2° Dans un groupe moins important l'accident osseux est apparu 5 ou 7 années après les premiers signes de tuberculose pulmonaire et c'est le cas de 14 de nos malades ;

3° Enfin il faut noter quelques rares cas dans lesquels la tuberculose osseuse s'est montrée particulièrement tardive :

— 26 ans après la lésion pulmonaire primitive pour deux de nos malades (observations 33 et 182).

— 18 ans pour un autre (obser. 198).

— 12, 14 et 15 ans pour les trois sujets correspondant aux observations 67, 130 et 174.

Il est difficile d'ériger cette catégorie de tuber-

culoses mixtes en forme clinique car il règne dans ce groupe une diversité extrême tant au point de vue des manifestations de la tuberculose pulmonaire, qu'au point de vue de la localisation, de la multiplicité et de l'évolution des foyers osseux.

Cependant, en reprenant les trois groupes déterminés précédemment, d'après la date d'apparition des lésions osseuses, nous aboutissons à ces résultats :

1^{er} GROUPE

La tuberculose osseuse apparaît moins de 3 ans après le début de la tuberculose pulmonaire.

Dans ce cas les *lésions pulmonaires sont très variées* et il semble que toutes les formes de tuberculoses y soient représentées.

Il en est autrement des *lésions osseuses* : en effet ou bien on est en présence d'une *multiplicité de petits foyers*, et c'est le cas de l'obs. 22 ou après apparition d'une fistule pleurale se fait jour un abcès froid de la fesse puis un spina-ventosa de l'index et enfin un abcès froid du rebord costal.

On retrouve également cette multiplicité de petits foyers dans les observations 12, 185, 176, 31. Ou bien c'est une *grosse localisation unique* qui vient compliquer la tuberculose pulmonaire tel qu'un

mal de Pott (obs. 47), une tumeur blanche du poignet (obs. 139), une arthrite sacro-iliaque (obs. 147), une tumeur blanche du genou (obs. 190).

Le pronostic de ces formes est *extrêmement sévère* ; c'est ainsi que sur les 38 malades nous relevons 19 décès.

L'évolution est très rapide : ces 19 décès sont tous survenus *moins de deux ans* après l'apparition de la tuberculose osseuse.

Il ne semble pas que les localisations aux petits os et aux petites articulations qui dans ce groupe sont apparues en grand nombre chez le même individu, aient été d'un pronostic plus bénin que les localisations aux grosses articulations qui, en général, ont constitué la lésion chirurgicale unique.

Il est de plus très difficile de préciser laquelle des deux atteintes osseuse ou pulmonaire prend le plus souvent le pas sur l'autre : dans la moitié des cas, en effet, il semble que la mort du malade doive être attribuée à la suppuration prolongée des multiples lésions osseuses (obs. 22) ; dans l'autre moitié des cas il semble qu'il y ait eu un grave retentissement de la lésion osseuse sur l'état pulmonaire et que le malade succombât à une poussée évolutive.

Le fait que la tuberculose est ou n'est pas fistulisée ne semble pas d'un grand intérêt ici ; en effet, tantôt la fistulisation des lésions coïncide avec une

amélioration nette de l'état pulmonaire (obs. 16), tantôt elle accompagne au contraire une évolution rapide des foyers pulmonaires (obs. 41), tantôt enfin chaque ordre de lésions semble évoluer pour son propre compte sans qu'on ne note de retentissement réciproque.

2° GROUPE

— *La tuberculose osseuse apparaît de 5 à 7 ans après le début de la tuberculose pulmonaire.*

Dans ce groupe la tuberculose pulmonaire semble peu évolutive au moment où survient la première manifestation osseuse, elle devient ensuite d'une gravité moyenne puis suit le plus souvent une marche d'aggravation rapide (obs. 40 et 179).

En général la tuberculose osseuse frappe une *grosse articulation* : tumeur blanche du genou (obs. 40), coxalgie (obs. 71), tumeur blanche de l'épaule (obs. 179), Pott dorsal (obs. 124). L'évolution est très différente suivant les cas, mais de toute façon elle est beaucoup moins rapide que dans le premier groupe où la presque totalité des sujets succombe en moins de deux ans ; ici, en effet, nous avons pu retrouver un grand nombre de malades 7 à 8 ans après l'accident osseux primitif (obs. 40, 67, 71, 124, 177, 179).

3^e GROUPE

La tuberculose osseuse apparaît très tardivement, 12, 18 et 25 ans après le début des lésions pulmonaires:

Les malades de ce groupe sont le plus souvent apyrétiques, ils conservent un assez bon état général et leurs lésions pulmonaires sont très peu évolutives. Leurs lésions osseuses peuvent être *uniques* (obs. 33) au *multiples* (obs. 182 dans laquelle après apparition d'une ostéite du maxillaire inférieur se déclare une ostéite tibiale, puis une arthrite du coude). L'évolution rapide dans les deux cas a amené la mort au cours de l'année même.

Dans trois autres observations l'atteinte ostéo-articulaire est plus discrète :

Obs. 67. — Ostéite de l'ischion gauche qui guérit alors que la tuberculose pulmonaire continue à évoluer lentement et amène au bout de 8 ans la mort du malade.

Obs. 174. — Ostéite fistulisée du gros orteil évoluant à la suite d'une tuberculose viscérale.

Obs. 130. — Abscessus froid costal qui, après fistulisation, aboutit à la guérison complète.

CHAPITRE II

FORMES A DEBUT CONCOMITANT

Cette division est peut-être factice. Il semble possible en effet que l'une des deux localisations ait pu précéder l'autre mais rester absolument muette jusqu'à l'apparition de cette dernière. Quoiqu'il en soit nous avons réuni dans cette catégorie les malades chez lesquels les lésions pleuro-pulmonaires et ostéo-articulaires se sont révélées cliniquement à la même époque.

Cette forme semble assez rare ; nous n'avons pu en relever que 11 *observations sur un total supérieur à 100.*

Le début apparent de l'affection est noté chez des sujets âgés de moins de 30 ans (7 cas sur 11 : obs. 6, 36, 52, 97, 99, 163, 178) ; aucun cependant n'avait moins de 14 ans ; dans deux observations seulement, le malade avait plus de 40 ans (Obs. 46, 49).

L'âge du malade semble d'ailleurs n'avoir aucune influence sur l'évolution de l'affection qui est

à rapprocher de celle des formes à précession ostéo-articulaire avec ensuite évolution parallèle des deux localisations. En effet, là aussi les lésions ostéo-articulaires frappent en général une grosse articulation : il s'agit d'un Mal de Pott, d'une coxalgie, d'une tumeur blanche du genou, du poignet, etc... ; elles comportent parfois plusieurs localisations qui apparaissent successivement et évoluent rapidement vers la suppuration et la fistulisation. Dans l'une de nos observations (Obs. 6) on relève : une adénite cervicale, une coxalgie, un mal de Pott sacro-lombaire, une arthrite temporo-maxillaire, une ostéite costale dont les dates d'apparition se succèdent à intervalles très courts ; toutes ces lésions aboutissent en peu de temps à la fistulisation. Dans une autre observation (Obs. 99) il y a apparition successive d'une tumeur blanche du coude, d'une adénite cervicale et d'une tuberculose du gros orteil qui se fistulisent rapidement.

Les lésions pleuro-pulmonaires qui se manifestent soit brusquement par une pleurésie suivie d'infiltration parenchymateuse ou par une hémoptysie, soit lentement par des signes d'imprégnation bacillaire, évoluent rapidement en même temps qu'on note une altération progressive de l'état général ; celui-ci étant d'autant plus atteint qu'il s'agit de localisations ostéo-articulaires plus nombreuses.

L'affection a, en règle générale, une évolution accélérée : la mort survenant moins de 2 ans après le début de la maladie, soit par cachexie, soit au milieu de symptômes cardio-pulmonaires.

Il est à remarquer que dans certains cas l'amélioration des lésions ostéo-articulaires par une thérapeutique appropriée semble accélérer la marche des lésions pulmonaires. C'est le cas notamment d'un malade (faisant l'objet de l'obs. 99) qui, présentant une tumeur blanche du coude, une adénite cervicale et une tuberculose du gros orteil fistulisées et suppurant abondamment, voit sa chute de poids et son expectoration augmenter en même temps que les signes pulmonaires s'accroissent parallèlement au tarissement des fistules ; il meurt lors d'une poussée pulmonaire accompagnée d'hémoptysies alors que les lésions chirurgicales étaient complètement refermées. Le traitement employé consistait alors uniquement en rayons U.V., antigène méthylique et sels d'or.

Chez bien d'autres malades une intervention radicale sur le foyer suppuratif ostéo-articulaire a été suivie d'accentuation notable des symptômes pulmonaires, mais dans ces cas l'intervention considérée en elle-même a pu jouer un rôle important, car on peut admettre que les lésions non décelables à la radio et qui cliniquement s'étaient montrées ex-

trêmement discrètes aient évolué brusquement à la suite du shok anesthésique ou opératoire.

Une lésion ostéo-articulaire non fistulisée ne semble s'accompagner que d'une répercussion infime sur les localisations pleuro-pulmonaires. C'est le cas notamment de l'obs. 189 dans laquelle le malade, qui a présenté dès 1918 un mal de Pott dorsal dont la date d'apparition a coïncidé avec une première poussée évolutive pulmonaire, a 18 ans après, en 1936, un bon état général avec des lésions pulmonaires stationnaires. Peut-être faut-il voir dans cette différence d'évolution uniquement le fait d'une tuberculose chirurgicale peu évolutive et s'accompagnant d'un moindre retentissement sur l'état général, peut-être aussi est-ce dû à la non fistulisation de la lésion mettant entrave au microbisme associé.

CHAPITRE III

TUBERCULOSES MIXTES A PRECESSION OSSEUSE

Nous étudierons successivement sous ce titre :

— Les tuberculoses pulmonaires évoluant après guérison d'une tuberculose ostéo-articulaire ;

— Les tuberculoses pulmonaires évoluant parallèlement à une tuberculose ostéo-articulaire apparue antérieurement.

1° TUBERCULOSE PULMONAIRE ÉVOLUANT APRÈS GUÉRISON D'UNE TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE.

Sur 39 cas de tuberculoses mixtes à précession ostéo-articulaires, nous retenons 22 cas dans lesquels la tuberculose pulmonaire a évolué après guérison de la tuberculose osseuse.

Les lésions ostéo-articulaires ont fait en général leur apparition avant l'âge de 10 ans : 12 de nos malades ont présenté leur première atteinte dans l'enfance entre 3 et 8 ans. Ceux chez lesquels le début des lésions s'est montré tardif sont l'exception, nous

n'en possédons que deux cas : dans l'un il s'agit d'un malade chez lequel les premiers symptômes se manifestent à l'âge de 47 ans (obs. 88), dans l'autre, le malade est âgé de 43 ans quand la tuberculose osseuse se fait jour (obs. 98).

La tuberculose osseuse dans la moyenne des cas est apparue sous forme d'un foyer unique *ostéo-articulaire*. On note une grosse proportion de coxalgies. 7 cas sur 22 (obs. 18, 27, 68, 76, 91, 113 et 125), de tumeurs blanches du genou, 5 cas sur 22 (obs. 19, 22, 29, 88, 98), enfin quelques Pott, 4 cas sur 22 (obs. 117, 127, 136, 171).

Dans un seul cas (obs. 37) nous sommes en présence d'une forme de tuberculose osseuse à foyers multiples : après un abcès froid costal apparaissent successivement des abcès multiples de la jambe, de la cuisse, de la fesse, de l'avant-bras.

La tuberculose pulmonaire survient en moyenne 15 à 20 ans après l'accident osseux, son apparition semble beaucoup plus précoce lorsque le malade a présenté les premiers accidents osseux très tard : le fait est évident si l'on compare par exemple les observations 76 et 88.

Dans la première le début osseux survenant à l'âge de 2 ans, les lésions pulmonaires apparaissent 42 ans après ; dans la seconde, au contraire, le début

osseux survenant à l'âge de 47 ans, les lésions pulmonaires apparaissent un an après seulement.

La forme de tuberculose pulmonaire observée est le plus souvent une forme hémoptoïque fibreuse, peu évolutive. Elle permet aux malades de conserver un état général assez bon (obs. 113, 88, 102, 107, 132) et la prolongation obtenue est assez longue : de 5 à 8 ans (obs. 28, 37, 91).

Plus rarement les lésions pulmonaires revêtent une forme rapidement évolutive et cet exemple nous est fourni par un petit nombre de malades (obs. 18, 27, 29, 95). Dans ces quatre cas les sujets ont succombé à une poussée évolutive survenue 2 ou 3 ans après les premiers symptômes de tuberculose pulmonaire.

La date d'apparition et l'évolution de la tuberculose pulmonaire ne semblent pas influencées par le nombre de foyers osseux ayant évolué et guéri antérieurement, l'obs. 37 en est la preuve : une enfant de 13 ans ayant présenté successivement 5 foyers de tuberculose osseuse, tous ponctionnés et cicatrisés, devient tuberculeuse pulmonaire à l'âge de 19 ans et conserve longtemps un très bon état général, la forme de tuberculose pulmonaire observée étant comme dans la majorité des cas *très peu évolutive*.

L'apparition de la tuberculose pulmonaire peut

parfois retentir sur les anciennes lésions osseuses (obs. 132) où 8 ans après guérison d'une tuberculose tibio-tarsienne on observe l'apparition d'une tuberculose pulmonaire très discrète ; deux ans après on note un réveil de l'arthrite qui s'accompagne d'une recrudescence des signes d'auscultation sans toutefois qu'il y ait aggravation notable de l'état général puisque le malade est retrouvé en bonne santé 8 ans après.

Le pronostic semble beaucoup moins sévère dans ce groupe où nous relevons 12 décès sur 22 cas étudiés il est vrai, mais où la plupart des malades ont pu être prolongés de 5 à 8 ans après l'apparition de leur tuberculose pulmonaire.

2° TUBERCULOSE PULMONAIRE ÉVOLUANT PARALLÈLEMENT A UNE TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE APPARUE ANTÉRIEUREMENT.

Nous considérons dans ce groupe les malades présentant une lésion bacillaire osseuse en évolution et chez lesquels se déclare une tuberculose pulmonaire.

Nous n'en avons relevé que 17 cas sur 100 observations : il semble donc que ce soit une éventualité assez rare.

Dans cette forme les lésions ostéo-articulaires se

manifestent chez des sujets jeunes de moins de 30 ans, mais de plus de 14 (obs. 25, 109, 134, 148, 180, 181, 184, 188, 191, 192, 193, 195), elles n'apparaissent que rarement au-delà de 40 ans. Elles affectent une grosse articulation : il s'agit d'un mal de Pott, d'une coxalgie, d'une tumeur blanche qui se *fistulisent et suppurent abondamment*. Le plus souvent d'ailleurs cette grosse localisation s'accompagne d'autres lésions chirurgicales : ostéites ou ostéoarthrites, adénites, etc. (obs. 17, 30, 42, 90, 109, 148, 181, 184, 191, 192, 193).

Les lésions apparaissent d'une façon insidieuse peu de temps après une localisation « externe », l'intervalle variant en général de quelques mois à un ou deux ans mais sans toutefois qu'on puisse tirer de sa durée aucun élément de pronostic. Fréquemment leur début se fait lors d'une poussée évolutive de la tuberculose chirurgicale sans doute du fait du retentissement dont s'accompagne cette dernière sur l'état général. En effet on constate souvent leur apparition :

1° En cas de lésion chirurgicale unique :

- soit lors de l'abcédation de celle-ci,
- soit après une intervention suivie de fistulisation avec suppuration abondante.

2° En cas de lésions chirurgicales multiples :

— soit après apparition spontanée de nouvelles lésions ostéo-articulaires,

— soit après de nouvelles localisations survenues à la suite de la suppression chirurgicale du premier foyer (obs. 30, 42, 109, 148, 181, 191).

Enfin signalons que chez bon nombre de nos malades la tuberculose pulmonaire s'est déclaré alors qu'ils étaient en traitement à Berck.

Dans tous les cas le foyer ostéo-articulaire suppure abondamment, les douleurs s'accroissent (obs. 152), l'état général est très atteint alors qu'apparaissent les lésions pulmonaires qui ont bientôt une évolution rapide.

La mort qui survient en général moins de 4 ans après le début de la tuberculose pulmonaire est due à la cachexie, à l'amylose ou à une localisation méningée.

Cependant il est des cas où l'on note une évolution relativement favorable de la maladie notamment obs. 195 dans laquelle la tuberculose ostéo-articulaire est très discrète, non fistulisée mais est survenue chez un malade ayant guéri dans l'enfance d'une tuberculose osseuse. Cette observation se rattache donc au groupe des « tuberculoses pulmonai-

res évoluant après guérison d'une tuberculose osseuse » qui comporte un pronostic bien meilleur; et l'obs. 134 dans laquelle parallèlement à la suppuration récidivante et massive de la tuberculose chirurgicale survient une aggravation de l'état général mais sans répercussion sur les lésions pulmonaires qui se sont révélées brusquement par une hémoptysie 6 mois après le début de la localisation ostéo-articulaire. L'état du malade est bien amélioré 8 ans après cette époque.

DEUXIEME PARTIE

CLASSIFICATION D'APRES LES FORMES ANATOMIQUES

CHAPITRE I

TUBERCULOSE PULMONAIRE ASSOCIEE A UNE TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE DE GROSSE ARTICULATION

Les lésions osseuses, le plus souvent observées, sont les tumeurs blanches du genou (obs. 36, 46, 52), les Pott (Obs. 47), les coxalgies (obs. 33) ; elles correspondent :

— soit à un volume de tissus atteints important avec grande surface de suppuration et gros débit purulent (obs. 180).

— soit à un petit volume de tissus atteints avec petite surface de suppuration et petit débit purulent (obs. 134).

Les lésions pulmonaires revêtent en général une forme de gravité moyenne à leur période de début.

Les formes de tuberculoses mixtes localisées à une grosse articulation débutent :

1° *Ou bien par les accidents pulmonaires* pour ne frapper que l'adulte et c'est le cas le plus fréquent puisque nous l'observons 21 fois sur 29 cas considérés (obs. 33, 40, 47, 48) ;

2° *Ou bien par les accidents osseux* : le fait se produit plus rarement à ce qu'il semble et nous n'en relevons que 8 cas sur 29 (obs. 36, 52) et la première atteinte osseuse s'est faite :

— *soit chez l'enfant* : il s'agit en général de sujets âgés de moins de 10 ans chez lesquels on note la guérison du foyer osseux avant tout début de tuberculose pulmonaire survenue tardivement (15 et 20 ans après). Catégorie de malades faisant l'objet d'un chapitre spécial (chapitre III, 1^{re} Partie) ;

— *soit chez l'adulte* : il s'agit alors d'une évolution parallèle des deux ordres de manifestations, le foyer osseux n'ayant devancé la tuberculose pulmonaire que de quelques années.

Dès la période de coexistence des lésions, qui, considérées isolément ont déjà un grave retentissement sur l'état général, on note souvent une aggravation et une évolution rapide de la tuberculose pulmonaire, tandis que les lésions osseuses s'abcèdent vite et aboutissent après ponction, à une polyfistuli-

sation s'accompagnant de vastes décollements. C'est le cas des obs. 53, 59, 147.

Dans quelques rares cas on note une amélioration du malade (obs. 167-166) ou un état stationnaire des lésions (obs. 134).

Le nombre des décès connus a été de 16 sur une vingtaine de malades retrouvés et tous ces sujets ont succombé cachectiques moins de 2 ans après la période de coexistence des lésions.

CHAPITRE II

TUBERCULOSE PULMONAIRE ASSOCIEE A UNE TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE ACCESSOIRE

Nous classons dans ce groupe les malades chez lesquels l'affection pulmonaire domine le tableau clinique, *les lésions chirurgicales de peu d'importance* ne se comportant qu'en épiphénomène.

Il s'agit en effet dans ce cas de spina ventosa, d'abcès froids costaux (obs. 24, 59), d'ostéites de l'avant-bras (obs. 103).

La tuberculose pulmonaire est presque toujours bilatérale, évolutive à tendance excavatrice (obs. 34) et elle est apparue dans les 12 cas que nous étudions, avant toute autre manifestation tuberculeuse.

Les lésions osseuses ne sont survenues que plus tard et parfois même seulement à la *période terminale*, c'est l'exemple apporté par l'observation 20, où un abcès froid d'origine osseuse siégeant à la face dorsale du pied vient compliquer une tuberculose pulmonaire ancienne, 3 mois avant la mort de la malade.

Quelle que soit sa date d'apparition, la lésion osseuse semble dans la majorité des cas n'avoir aucun retentissement sur les lésions pulmonaires qui, le plus souvent, continuent d'évoluer en suivant la même marche.

Mais si l'apparition en elle-même d'une de ces lésions osseuses discrètes reste sans retentissement sur la tuberculose pulmonaire, un autre facteur, celui de la *fistulisation* de la lésion semble jouer un rôle de quelque importance.

En effet l'apparition d'une suppuration chez deux de nos malades a eu non seulement un retentissement mais a exercé une influence heureuse sur leur tuberculose pulmonaire.

Dans l'obs. 63 : la malade, tuberculeuse pulmonaire depuis quelques années et chez laquelle s'était produit un amaigrissement de 10 kg., présente, après fistulisation d'une ostéite une reprise de poids appréciable en même temps qu'une légère amélioration des signes pulmonaires.

Dans l'obs. 16, la fistulisation par trois trajets d'une tuberculose métatarso-phalangienne du pied coïncide avec une amélioration nette de l'état pulmonaire.

Il est à signaler du reste que cette amélioration ne fut que passagère dans l'un et l'autre cas.

La cessation naturelle ou thérapeutique de la fistulisation semble au contraire, d'après nos observations, ne jouer aucun rôle néfaste dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire qui, ou bien suit son cours, ou bien même peut présenter une petite amélioration, c'est le cas d'un de nos malades (obs. 103) qui après fistulisation et guérison d'un abcès froid costal présente des lésions pulmonaires stationnaires et un état général plutôt amélioré.

Les 8 décès relevés dans ce groupe de 12 malades, ont été attribués à l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE III

TUBERCULOSE PULMONAIRE ASSOCIEE A DE PETITES LOCALISATIONS OSTEO- ARTICULAIRES MULTIPLES

Nous avons réuni ici les malades chez lesquels la tuberculose pulmonaire coexiste avec une multiplicité de petites lésions osseuses atypiques, tels que : spina-ventosa, abcès froids thoraciques, ostéites diverses (obs. 10, 22, 26, 41, 55, 65, 79, 148, 153, 163).

Ces petites localisations surviennent en général au cours d'une tuberculose pulmonaire apparue antérieurement.

Il est exceptionnel que ce soient les lésions osseuses qui débutent ; un seul cas de ce genre a pu être relevé (obs. 148).

Ces formes réalisent en général le tableau suivant :

— *Dans une première phase* : la tuberculose pulmonaire se manifeste seule pendant quelques mois, les lésions sont souvent unilatérales, elles évoluent lentement et de façon satisfaisante.

— *Dans une deuxième phase*, les petites localisation multiples se font jour, elles apparaissent successivement avec des intervalles variant de quelques jours à 6 et 8 mois. Elles semblent peu évolutives et ne s'abâtardissent que lentement ; on n'observe pas de retentissement notable sur la tuberculose pulmonaire qui, à cette époque, ne paraît jouer qu'un rôle de second plan.

— *Dans une troisième phase* enfin, après 5 ou 6 mois de coexistence des deux ordres de lésions, l'état général fléchit rapidement, aboutissant très vite à la cachexie.

Chez presque tous nos malades, nous retrouvons cette évolution (obs. 22, 41, 65, 79).

Chez l'un d'eux cependant (obs. 26) la première phase de l'affection est beaucoup plus longue qu'à l'ordinaire, la tuberculose pulmonaire est très bien supportée pendant 15 ans et ce n'est qu'à l'apparition de lésions osseuses multiples qu'elle devient rapidement excavatrice, s'accompagnant d'une laryngite et d'un brusque fléchissement de l'état général, le malade succombe moins d'un an après le début de sa lésion osseuse

CHAPITRE IV

TUBERCULOSE PULMONAIRE ASSOCIEE A PLUSIEURS LOCALISATIONS OSTEO- ARTICULAIRES GRAVES

Nous réunissons sous ce titre les malades présentant une tuberculose osseuse grave, se manifestant soit par *plusieurs grosses localisations*, soit par *une grosse localisation et plusieurs petites*.

Nous avons pu recueillir 32 observations concernant les malades de cette catégorie : 13 correspondant au premier groupe, 19 au second.

Deux éventualités se présentent alors : la tuberculose pulmonaire a été la première en date, ou bien au contraire elle a été précédée par la tuberculose osseuse.

1° *Précession pulmonaire* : Il semble que ce soit la forme la plus fréquente. Dans ce cas la tuberculose pulmonaire peut revêtir *une forme rapidement évolutive* et dès l'apparition des lésions osseuses on note une aggravation nette des lésions pulmonaires et de l'état général. Ce fait s'observe quelle que soit l'association des manifestations osseuses, aussi bien

chez un malade porteur d'une grosse localisation et d'une petite (obs. 126) que chez les malades présentant plusieurs grosses localisations (obs. 2, 6, 66, 71).

Dans d'autres cas, la tuberculose pulmonaire peut revêtir une allure torpide.

Les lésions osseuses apparaissent alors au cours d'une période d'amélioration de la tuberculose pulmonaire et on note une longue période de tolérance qui correspond à la phase de suppuration de toutes les lésions osseuses.

Nous relevons une période de tolérance de 6 ans (obs. 172) chez un malade qui a présenté successivement deux grosses lésions articulaires : arthrite de l'épaule, arthrite suppurée du genou, et des périodes de tolérance de 3 à 9 ans (obs. 12, 99, 174) chez des malades ayant présenté une grosse localisation se compliquant d'une ou plusieurs petites.

Faisant suite à cette période de tolérance survient le plus souvent une période d'aggravation pulmonaire coïncidant avec l'amélioration des lésions chirurgicales et l'observation 12 en est un exemple : après 9 ans de tolérance correspondant à la fistulisation successive d'une adénite cervicale, d'un spinaventosa, d'une adénite épitrochléenne et d'une tumeur blanche du genou, les suppurations se taris-

sent et la malade succombe à une violente poussée évolutive pulmonaire.

2° Précession osseuse : Dans cette forme plus rare que la première, les lésions osseuses qui sont les premières en date apparaissent successivement et à court intervalle. Elles évoluent presque toujours vers la fistulisation. La tuberculose pulmonaire débute insidieusement au cours de l'évolution osseuse et affecte dans la plupart des cas la marche accélérée que nous retrouvons dans les observations 109, 17, 90, 95, 155).

Quelle que soit la précession ou la forme anatomique considérée, l'association de ces lésions osseuses est d'un grave pronostic et nous relevons en effet 18 cas de décès sur 38 malades, nombre d'entre eux ayant été perdus de vue.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. Lan., âgé de 62 ans, entre dans le service en septembre 1922.

En 1881 : le malade fait une pleurésie que l'on ponctionne. Elle est suivie d'une infiltration fibreuse des deux sommets; puis apparition d'un *abcès froid costal*;

En 1893 : apparition à la suite d'un violent traumatisme d'une tumeur blanche tibio-tarsienne qui nécessite une amputation.

L'évolution des lésions chirurgicales est relativement favorable, il n'y a pas de nouvelles récidives.

En 1920 : forte hémoptysie (1000 gres) suivie d'une atteinte de l'état général : anorexie, amaigrissement, asthénie progressivement croissante.

La tuberculose pulmonaire lentement évolutive n'a pas paru être modifiée par les deux atteintes osseuses. Entre le dernier accident osseux et l'aggravation de l'état général il s'est écoulé 27 ans de santé satisfaisante avec seulement des bronchites répétées tous les hivers.

En novembre 1922 : décès avec signes de *péritonite*.

OBSERVATION 2.

Mme Ch., âgée de 42 ans entre dans le service en septembre 1924.

La mère de la malade est morte à 70 ans de tuberculose pulmonaire.

Le mari est mort également de tuberculose pulmonaire.

En août 1923 : la malade a présenté les signes généraux d'une pneumopathie aiguë : de la courbature, de la toux, un gros amaigrissement; cependant la température se maintient à 37°5 durant les 8 mois passés à Lariboisière.

En juillet 1924 : petite hémoptysie.

En septembre 1924 la malade entre à Brévannes. La radiographie montre une pommelure diffuse des deux lobes supérieurs.

En novembre 1924 : apparition d'une ostéite du pied droit.

Le 20 janvier 1925 : grattage effectué à la Pitié. La lésion évolue vers la fistulisation et la suppuration.

Le 13 janvier 1925 : l'auscultation révèle l'apparition de signes cavitaires qui augmentent et se confirment en mars.

En mars 1925 : arthralgie scapulaire gauche.

En avril 1925 : la malade est prise de diarrhée qui augmente d'intensité en même temps que l'état général empire.

En mai 1925 : la malade meurt.

OBSERVATION 3.

Mme Hel..., 44 ans, entre dans le service en décembre 1927. Elle présente depuis 1925 une tuberculose pulmonaire bilatérale excavée à droite.

En 1930 : apparition d'une scapulalgie à tendance anky-sante et qui semble sans action sur les lésions pulmonaires dans l'ensemble peu évolutives.

En septembre 1932 on note l'apparition de trouble psychiques revêtant l'aspect d'une démence précoce.

En octobre 1932 la malade meurt, mais non de sa tuberculose pulmonaire

OBSERVATION 6.

M. Cor..., âgé de 24 ans, entre à Bréyannes en juin 1925.

En mars 1925 des lésions bacillaires discrètes sont mises en évidence; elles sont bilatérales et à tendance fibreuse. La température est normale, l'état général assez bon.

En mars 1925, à la même époque apparaissent une adénite cervicale et une coxalgie.

De mars 1925 à novembre 1925 apparaissent successivement :

— Un Pott sacro-lombaire avec abcédation ;

— Une arthrite tempora-maxillaire ;

— Une ostéite costale avec abcès de la région axillaire.

On note une tendance générale à la fistulisation.

On fait une application d'U. V. sur les adénopathies cervicales et un plâtre pour la coxalgie.

Au moment où se multiplient les foyers de suppuration la courbe de poids baisse rapidement. On note une poussée évolutive pulmonaire.

En novembre 1926 : le malade meurt de cachexie.

OBSERVATION 10

M. Pier..., 48 ans, entre dans le service en novembre 1928.

En juillet 1928 le malade présente des signes de bronchite. L'état général est assez bon au début. La radiographie montre une infiltration du sommet droit aboutissant à une spéléonque. Il n'y a jamais eu de BK dans les crachats.

En avril 1925 : abcès froid sternal gauche entre la 6^e et la 7^e côte.

En novembre 1925 : ulcération tuberculeuse de la langue.

En mars 1930 : épididymite tuberculeuse droite.

Les localisations successives extra-pulmonaire évoluent vers la régression mais il semble que les signes pulmonaires se soient parallèlement accentués.

En mars 1931 : décès dû à une évolution pulmonaire et à une insuffisance cardiaque.

OBSERVATION 12

Mlle Le..., 29 ans, entre dans le service en juin 1925. En 1917, à la suite d'une grippe, la malade fait une hémoptysie et la radio révèle des lésions pulmonaires du poumon gauche.

La tuberculose affecte une forme fibro-caséuse avec conservation d'un bon état général.

En 1918, une adénopathie cervicale suppurée apparaît et s'accompagne très vite :

- d'une spina ventosa de l'annulaire gauche,
- d'une adénite épitrochléenne,
- d'une tumeur blanche fistulisée du genou droit.

Toutes ces lésions évoluent vers la suppuration.

On note une longue période de tolérance correspondant à la phase de suppuration de toutes ces lésions et au cours de laquelle on a pratiqué une amputation de l'annulaire gauche et une résection du trajet fistuleux du genou.

En janvier 1927, alors que toutes les suppurations chirurgicales semblent tarées, la malade meurt d'une violente poussée évolutive pulmonaire.

OBSERVATION 13

M. Mu..., âgé de 39 ans entre dans le service en juillet 1928.

En 1924, on fait le diagnostic d'une tuberculose pulmonaire fibreuse bilatérale s'accompagnant d'un état général médiocre.

D'octobre 1925 à juillet 1927 une amélioration est constatée.

En 1926, apparaissent simultanément :

— une arthrite du poignet gauche et

— une arthrite du genou gauche, se manifestant l'une et l'autre par des douleurs qui persistent pendant trois mois et disparaissent sans laisser de limitation des mouvements.

Leur période d'apparition est survenue au milieu d'une période d'amélioration pulmonaire nette.

En juillet 1928, aggravation de l'état général.

En février 1929, le malade meurt par extension des lésions pulmonaires.

OBSERVATION 16

M. Paul..., 60 ans, entre dans le service en septembre 1922. Le début de sa tuberculose pulmonaire remonte à 1914.

En janvier 1922, on note une asthénie très marquée, de la toux, de l'amaigrissement et un état général très atteint.

En août 1922 apparaît une tuberculose de l'articulation métatarso-phalangienne du pied gauche, il se produit une fistulisation (3 trajets).

A cette même époque, on note une amélioration nette de l'état pulmonaire.

OBSERVATION 17

M. Ga..., âgé de 16 ans, entre à Brevannes en janvier 1923. Il présente :

— un Pott dorso-lombaire, non soigné, douloureux, mais non fistulisé,

— une ostéite fibiale gauche pour laquelle on fait un grattage,

— une ostéite fistulisée de la branche montante du maxillaire inférieur gauche,

— une adénite cervicale suppurée,

— un abcès cervical ponctionné et suivi d'une fistulisation.

En 1919, le malade tousse, maigrit ; mais il n'a pas d'expectorations ; les BK sont négatifs. La radio montre une sclérose légère du champ pulmonaire gauche.

Puis cette tuberculose pulmonaire discrète devient rapidement évolutive chez ce malade à lésions chirurgicales multiples en pleine évolution.

En mars 1923, le malade meurt par cachexie.

OBSERVATION 18

M. Pel..., âgé de 26 ans, entre dans le service en août 1929.

En 1906, à l'âge de 3 ans, il est atteint de coxalgie. Il est plâtré, il guérit, mais avec une grosse scoliose de compensation.

En 1929, à 23 ans d'intervalle, apparaît une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive à début scissural.

En septembre 1930 le malade meurt.

OBSERVATION 19

M. Bo..., 22 ans, entre dans le service en juin 1923.

A 6 ans, il présente une tumeur blanche du genou gauche.

On pratique une résection du genou en 1917 :

— bonne ankylose,

— raccourcissement important,

— grosse atrophie musculaire.

Le 3 avril 1924, après une période d'amaigrissement, le malade fait une hémoptysie brusque.

La radio montre :

A droite : des lésions larges avec très peu de tendance à la sclérose.

A gauche : un lobe supérieur marbré.

Cependant, le 11 novembre 1926 l'état général est très bon.

Mais, le 15 janvier 1927, poussée évolutive terminale.

OBSERVATION 20

M. Fe..., 40 ans, entre à Brévannes en juin 1925.

Tuberculose pulmonaire ayant rapidement évolué en quatre ans avec apparition d'un abcès froid d'origine osseuse.

En 1922, congestion pulmonaire et pleurésie sèche à droite.

Après un séjour en sanatorium le malade reprend son travail.

En mars 1925, amaigrissement rapide, toux, expectoration.

En février 1926, apparition d'un abcès froid d'origine osseuse de la région dorsale du pied entre le 1^{er} et le 2^e orteil.

En mai 1926, décès lors d'une poussée évolutive.

OBSERVATION 22

M. Au..., âgé de 44 ans, entre dans le service en août 1929. Il présente une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive, puis apparaissent des localisations chirurgicales multiples secondaires à allure métastatique terminale.

En 1929, après une grippe, il présente des signes d'imprégnation tuberculeuse.

En juillet 1929 le malade maigrit de 10 kgrs. Il est atteint d'une laryngite chronique. Il fait un pneumothorax spontané droit. La radio révèle une tuberculose ulcéro fibreuse bilatérale.

En juillet 1929 : apparition d'une fistule pleurale droite.

En décembre 1930 : abcès froid de la fesse droite, spina ventosa de l'index gauche.

En juin 1931 : la fistule pleurale se tarit avec persistance de pus dans la plèvre. L'abcès de la fesse disparaît également. A ce moment le spina ventosa de l'index gauche se fistulise. Il se forme un abcès froid du rebord costal à gauche.

L'état général du malade est mauvais, il meurt peu de temps après.

OBSERVATION 23

M. Fi..., âgé de 42 ans, entre à Brévannes en juillet 1933. Le début de la tuberculose pulmonaire remonte à mars 1932

et s'est manifesté par de la toux, de l'amaigrissement et une température à 38°5.

En novembre 1932 apparaît une tumeur blanche du genou droit.

En juillet 1933, à son entrée dans le service, on fait un plâtre et un traitement par l'antigène méthylique.

Mais les lésions pulmonaires et les lésions osseuses continuent à évoluer simultanément et très rapidement.

En septembre 1933 le malade meurt de cachexie après généralisation du processus ulcéro-caséeux pulmonaire.

OBSERVATION 24

M. Lau..., 34 ans, entre dans le service en octobre 1930.

En 1927 il a fait une hémoptysie.

En 1929 apparition d'un abcès froid costal antérieur qui se fistulise après intervention.

En octobre 1930, lors de son entrée à Brévannes, il tousse et crache peu. On ne relève aucun signe d'auscultation. La radiographie montre une grisaille générale.

En mars 1932, le malade meurt d'une méningite.

OBSERVATION 25

M. Dai..., 21 ans, entre à Brévannes en mars 1932.

En 1925 apparition d'une coxalgie. Un plâtre est fait en 1928, puis le malade fait un séjour à Berck.

En 1930, intervention sanglante sur l'ankylose à Lariboisière. Deux mois après l'opération, apparition secondaire de

lésions pulmonaires; présence de BK dans les crachats. La radiographie pulmonaire montre une grisaille peu dense.

En 1932, décès probablement par amylose (le malade faisait une grosse albuminurie).

OBSERVATION 26

M. Car..., 50 ans, entre dans le service en avril 1930.

En 1914, le malade a présenté des signes d'imprégnation tuberculeuse. Les lésions pulmonaires sont très bien tolérées pendant 15 ans.

En 1929, apparition : d'une lésion tuberculeuse de la joue droite,

Lésions des synoviales des deux mains,

Abcès froid de la fesse gauche,

Abcès froid de la région deltoïdienne droite.

En avril 1930, à son entrée à Brévannes, les lésions de la joue sont presque guéries, la synovite du poignet droit est fistulisée, ainsi que l'abcès de la fesse. On ponctionne la synovite du poignet gauche.

La radio pulmonaire montre une grosse caverne du sommet droit, un aspect de mie de pain à gauche. L'expectoration est bacillifère.

En juin 1930, apparition d'une laryngite.

Décès par cachexie et dysphagie laryngée.

OBSERVATION 27

M. Bou... entre dans le service de mai 1924 à août 1924, il est âgé de 28 ans. Il fait un second séjour de mai 1926 à juillet 1926.

A l'âge de 8 ans, en 1904, apparition d'une *coxalgie droite*. Le malade est plâtré, il fait un séjour à Bereck d'où il revient guéri.

En 1924 apparaissent les signes d'imprégnation tuberculeuse : fatigue, asthénie. Le malade fait une hémoptysie. On trouve des BK dans les crachats. A ce moment est hospitalisé à Brévannes. Il quitte le sanatorium en août 1924. Son état général est très bon, il est considéré comme guéri.

En juillet 1925, il tousse et crache.

En février 1926, il fait une seconde hémoptysie.

En avril 1926, il fait une troisième hémoptysie très abondante, l'état général est mauvais. Le malade présente une hyposystolie.

Décès lors d'une poussée évolutive.

OBSERVATION 28

M. V..., 46 ans, entre à Brévannes en juillet 1923.

En 1895, à l'âge de 18 ans, apparition d'une tumeur blanche du genou droit. On fait une amputation de la cuisse. Le malade guérit.

En 1912, bronchite, lésions d'abord unilatérales gauches à évolution lente et apyrétique, caverne à coque dense du sommet.

En 1924, décès lors d'une poussée évolutive du côté droit.

OBSERVATION 29

M. Fei..., 48 ans, entre dans le service en juin 1931.

En 1889, à l'âge de 6 ans, le malade a fait une tumeur blanche du genou droit : amputation de la jambe droite.

En 1930 il est reconnu bacillaire à l'occasion d'un épisode aigu; le malade était un vieux tousseur. A la radio on relève une infiltration ancienne reticulaire; à gauche un voile du sommet. Anciennes lésions secondairement remaniées et rapidement évolutives.

En 1931, décès lors d'une poussée évolutive.

OBSERVATION 30

M. Le G..., âgé de 39 ans, entre dans le service en mars 1931.

En 1927 le malade a fait une tumeur blanche du genou droit. Il fait un séjour à Berck où l'on pratique une amputation de la cuisse.

En 1928 apparition d'une tumeur blanche de l'épaule gauche immédiatement après l'amputation de la cuisse. Il se produit une suppuration et une fistulisation.

En 1928, après un séjour à Berck, le malade présente des signes d'imprégnation tuberculeuse : toux, expectoration, l'état général est mauvais, la température oscille largement au-dessus de 37°. L'expectoration est bacillifère.

La radio montre une infiltration nodulaire bilatérale des deux étages sus hilaires avec prédominance à gauche.

En 1931, suicide.

OBSERVATION 31

M. Pe..., âgé de 24 ans, entre à Brévannes en septembre 1929.

En mars 1928, état infectieux pseudo typhique et apparition de signes pulmonaires : toux et dyspnée. Traité par pneumothorax artificiel droit à St-Antoine, le malade est *nettement amélioré*.

En mars 1929, apparition de lésions osseuses multiples et successives, évoluant vers la suppuration et la fistulisation :

Abcès froid juxta articulaire du coude droit,
Arthrite du genou droit,
Abcès froid de la paroi thoracique.

Lors de l'apparition de l'abcès froid du coude on pratique un grattage ; l'amaigrissement recommence. En même temps on cesse les insufflations, car du liquide est apparu.

En 1931, l'état général se relève.

En mai 1931, très bon état général malgré une température oscillant entre 37° et 39°.

En juillet 1931, on note un bon état général, rien à l'auscultation pulmonaire. Nettoyage radioscopique complet ; disparition du liquide de pneumo.

A ce moment apparition d'une collection tuberculeuse du cou-de-pied gauche.

En 1931 décès sans poussée fébrile.

OBSERVATION 33

M. S..., âgé de 41 ans, entre à Brévannes en mai 1928.

En 1901, le malade a fait une bacillose très torpide. Il tousse et crache depuis l'âge de 14 ans.

En octobre 1926 apparition d'une sacro-coxalgie gauche opérée et fistulisée.

En janvier 1927, après l'intervention chirurgicale, le malade maigrit, tousse, est fatigué. L'expectoration est bacillifère.

En mai 1928, à son entrée à Brévannes, le malade présente une tuberculose fibro-caséuse bilatérale, avec caverne du sommet droit.

Il est de plus cardiaque avéré, il présente un souffle systolique de la pointe. La tension artérielle est 10-7. Le malade a un gros foie.

En juin 1928 décès : asystolie au lendemain d'une crise d'oedème aiguë du poumon.

OBSERVATION 34

Mme Re..., 26 ans, entre dans le service en février 1927.

En mars 1926 la malade a présenté des signes d'imprégnation tuberculeuse : point de côté, toux, expectoration et amaigrissement. A l'examen on relève une tuberculose bilatérale excavée subfébrile avec un état général relativement bon.

En novembre 1926 apparition d'un petit abcès froid de l'extrémité interne de la clavicule gauche que l'on ponctionne à deux reprises. L'évolution de la tuberculose pulmonaire n'en a pas été changée, elle s'est rapidement aggravée.

En mai 1927, décès : le malade était constamment dyspnéique, il présentait de la diarrhée, une hépatomégalie terminale.

OBSERVATION 36

M. Re..., 16 ans, entre dans le service en octobre 1928,

En 1928 apparition d'une tumeur blanche du genou qui

suppure très rapidement. Le malade fait quelques hémoptysies, la radio montre une infiltration des deux sommets.

L'évolution est parallèle et rapidement extensive.

En mai 1930 décès par cachexie.

OBSERVATION 37

Mme Pr..., 22 ans, entre à Brévannes en mai 1925.

En 1916 la malade a fait : un abcès froid sternocostal, abcès multiples de la jambe, de la cuisse, de la fesse, de l'avant-bras.

Ces abcès sont ponctionnés, ils se cicatrisent.

En 1922 apparition d'une tuberculose à forme hémoptoïque peu évolutive. L'état général de la malade est très bon.

En 1934 décès.

OBSERVATION 40

M. Quo..., âgé de 33 ans, entre dans le service en décembre 1925.

En 1905, à l'âge de 13 ans, il fait une pleurésie qui semble avoir guéri normalement.

En 1915 il est mobilisé. Il fait une bronchite bacillaire, mais l'état général est relativement conservé.

En 1921 apparition d'une tumeur blanche du genou, on fait une amputation au niveau de la cuisse.

En juillet 1925, l'état général fléchit, le malade est hospitalisé à Saint-Antoine.

La radio révèle : une grisaille totale du poumon droit, des marbrures dans le lobe supérieur, une grisaille du sommet gauche.

L'expectoration est bacillifère.

Le 4 juin 1926 il quitte Brévannes après une cure sanatoriale.

En novembre 1927 : décès.

OBSERVATION 41

M. Ri..., 42 ans, entre dans le service en décembre 1933.

En novembre 1930, étant fatigué, il consulte à Beaujon. L'examen révèle des lésions au niveau du poumon droit. On institue un pneumothorax artificiel, mais le décollement se fait mal, le malade souffre ; on arrête le pneumothorax.

En décembre 1931 développement de lésions au poumon gauche.

En avril 1932 on commence un traitement par les sels d'or.

En mai 1932 apparition de deux abcès froids costaux qui rapidement se fistulisent.

En décembre 1933 le malade présente à son entrée à Brévannes une large plaie sternale fistulisée.

Evolution parallèle des foyers pulmonaires et des abcès costaux.

Cachexie rapide, apparition d'une phlegmatia de la jambe droite.

En avril 1934, quatre mois après son entrée à Brévannes, décès.

OBSERVATION 42

M. An..., 45 ans, entre dans le service en mars 1934.

En juillet 1931 apparition d'un spina ventosa du gros

orteil droit qui se fistulise, opéré en avril 1932 pour désarticulation.

En janvier 1931 début d'une coxalgie gauche évoluant rapidement vers l'abcédation : abcès dans l'aîne gauche et sous le fascia-lata : fistulisation.

En mars 1934 on découvre à son entrée : des râles crépitants dans tout le champ pulmonaire droit et à la base gauche. L'expectoration est bacillifère.

En septembre 1934 : décès.

OBSERVATION 46

M. Ba..., 42 ans, entre à Brevannes en janvier 1933.

En juillet 1932 il fait une pleurésie gauche que l'on ponctionne, puis apparition d'une tumeur blanche du genou gauche, évoluant rapidement vers la fistulisation. Les lésions pulmonaires bilatérales, à forme ulcéro-caséuse, s'étendent rapidement.

En avril 1936 : décès par cachexie.

OBSERVATION 48

M. Don..., 58 ans, entre dans le service en août 1934.

En janvier 1934 : signes d'imprégnation tuberculeuse. A l'examen on découvre des lésions caverneuses à droite (forme ulcéro-caséuse). On tente un pneumothorax, mais on est obligé de l'abandonner. Phrénicectomie droite en avril 1934.

En mai 1934 apparition d'une tumeur blanche du cou-de-pied gauche évoluant vers l'abcédation.

En novembre 1934 : décès.

OBSERVATION 49

M. So..., 56 ans, entre dans le service en novembre 1933.

En juin 1933 pleurésie séro-fibrineuse droite, en même temps apparition d'une tumeur blanche du poignet gauche évoluant vers la fistulisation.

En octobre 1933 : petite hémoptysie, BK. La radio montre une infiltration de tout le sommet gauche. Sous l'influence du traitement les douleurs du poignet disparaissent, mais les fistules continuent à couler abondamment.

En mai 1934 : congestion pulmonaire massive bilatérale ; apparition de cyanose. Décès par collapsus cardiaque.

OBSERVATION 52

M. Ey..., 30 ans, entre à Brévannes en août 1928. (Père mort de tuberculose aiguë).

En novembre 1927 : tumeur blanche du genou droit évoluant vers la suppuration ;

Des signes d'imprégnation tuberculeuse succèdent alors à des signes de bronchite ancienne.

A son entrée à Brévannes on constate une tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse bilatérale, semblant peu évolutive : spéléonque à gauche.

L'abcès froid est fistulisé.

En mars 1925 le malade sort sur sa demande.

Il meurt en octobre 1929.

OBSERVATION 53

Mme Le..., 27 ans, entre dans le service en mars 1928.

En 1926 : signes d'imprégnation tuberculeuse. L'examen montre des lésions unilatérales à gauche, peu marquées à tendance fibreuse. La malade est apyrétique, l'état général est très bon.

En avril 1928 : hémoptysie avec poussée fébrile ; puis série de poussées évolutives fébriles successives. L'expectoration est de plus en plus abondante.

En octobre 1930 : Une ostéo-arthrite du cou-de-pied gauche évoluant vers la suppuration apparaît, alors que la température est largement oscillante et que l'état général est extrêmement mauvais. L'état pulmonaire et général s'opposant à l'intervention chirurgicale on institue le traitement par l'antigène méthylique.

L'apparition de la suppuration n'entraîne pas de modification de l'état général.

En juillet 1931 : décès.

OBSERVATION 59

M. Sa..., âgé de 41 ans, entre dans le service en mai 1924.

En mai 1924 il est atteint d'une tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale.

En octobre 1924 il est atteint d'une tuberculose du cou-de-pied droit, son apparition s'accompagne d'une aggravation nette des symptômes pulmonaires.

On fait une amputation du pied droit.

En juin 1925 décès (infiltration pulmonaire).

OBSERVATION 65

M. Bou..., 29 ans, entre à Brévannes en décembre 1924.

En mars 1923 signes d'imprégnation tuberculeuse (toux, amaigrissement, diarrhée). A l'examen on remarque une submatité du sommet gauche et des craquements. Respiration rude du sommet droit.

En août 1934 apparition d'un abcès froid sternocostal ; d'un abcès de la 6^e côte région axillaire droite ; fistule du 1/3 supérieur du tibia droit.

Les interventions donnent de bons résultats : pas de récidives locales ni de fistulisation.

En août 1925 l'état général est assez bon, cependant des troubles digestifs persistent.

En juillet 1929 décès.

OBSERVATION 66

M. Cr..., 27 ans, entre dans le service en mai 1928.

En 1922 le malade a fait une pleurite de la base droite.

En 1925 apparition d'une tumeur blanche tibio-tarsienne gauche.

En 1926 apparition d'une tumeur blanche du genou gauche.

Evolution des deux foyers vers la fistulisation, *pas de retentissement net lors de l'apparition.*

En mai 1928, lors de son entrée à Brévannes, le malade a perdu 5 kgs; sa température est aux environs de 39°. La radio montre une infiltration à mailles larges des deux lobes supérieurs.

Sous l'influence de la cure sanatoriale et du traitement par l'antigène méthylique, l'état général s'est relevé, les fistules du cou-de-pied se sont rouvertes.

En septembre 1928 le malade sort amélioré.

En février 1929 décès.

OBSERVATION 67

M. Br..., 27 ans, entre dans le service en mars 1929.

En 1915 il a fait une pleurésie gauche qui n'a pas été ponctionnée.

En 1927 apparition d'une ostéite de l'ischion gauche fistulisée sur toute la cuisse gauche. Evolution des fistules vers la cicatrisation. L'examen systématique des poumons montre une tuberculose du lobe supérieur gauche. L'examen des crachats est positif.

Cette tuberculose est peu évolutive, avec conservation de l'état général, le malade est apyrétique, mais il a maigri de 2 kgs.

Il est soumis à la cure sanatoriale. L'ostéite est traitée par les U. V. et l'antigène méthylique.

Après guérison de l'ostéite, évolution lente mais nette de la tuberculose pulmonaire.

En 1935 décès.

OBSERVATION 68

M. Pin..., 28 ans, hospitalisé à Brevannes en août 1928.

En 1910 il est atteint d'une coxalgie. On lui fait un plâtre : bonne consolidation.

En 1928 il présente des signes de bronchite. L'examen des poumons montre une infiltration ulcéro-fibreuse des 2/3 supérieurs des deux poumons avec prédominance légère à droite. Lésions très anciennes et très remaniées. Pas de BK dans les crachats, bon état général.

En 1930 décès.

OBSERVATION 71

M. Lh..., 36 ans, entre à Brévannes en janvier 1926.

En 1918 : signes d'imprégnation tuberculeuse.

En 1925 : amaigrissement de 15 kgs.

En avril 1925 apparition d'une arthrite tuberculeuse du coude gauche qui se fistulise. On fait un plâtre. La première fistule est fermée, mais formation d'une deuxième fistule.

En juillet 1925 hémoptysie.

Janvier 1926, à son entrée dans le service, l'examen des poumons révèle une submatité du sommet gauche, respiration rude, râles fins survenant par bouffées à la fin de l'inspiration et après la toux. BK dans les crachats.

En avril 1926 apparition d'une tuberculose rénale.

1930 : décès.

OBSERVATION 76

Mme La..., 54 ans, hospitalisée à Brévannes en mars 1929.

En 1877 la malade a fait une coxalgie. Elle fait un séjour à Berck de 4 ans.

En 1919 : pleurésie.

En 1928 : fistule au niveau du genou droit ne paraissant pas d'origine articulaire, tendant vers la cicatrisation.

Pneumonie avec signes d'imprégnation bilatérale; la radio montre les lésions fibreuses latérales.

1931 : décès.

OBSERVATION 79

M. De..., 44 ans, entre dans le service en avril 1934.

En 1913 apparition d'abcès froids cervicaux. Le malade tousse et crache à la même époque.

En 1924 apparition d'abcès froids au pied gauche.

En 1933 le malade est atteint d'une ostéite de l'extrémité inférieure du radius gauche.

Tous ces abcès évoluent vers la fistulisation.

En avril 1934, à son entrée à Brévannes, le malade présente une lobite supérieure droite excavée. Les abcès froids coulent abondamment.

On institue un traitement par les sels d'or.

Le malade quitte le service après trois mois de séjour.

En octobre 1935 son état général est mauvais. Il tousse et crache abondamment. Les abcès froids coulent toujours.

OBSERVATION 88

M. Bi..., 49 ans, entre à Brévannes en février 1933.

En 1931 il est atteint d'une tumeur blanche du genou droit qui se fistulise. On fait une amputation en 1932 et un mois après, le malade crache et tousse. L'examen des pou-

mons montre une infiltration des deux sommets ; la possibilité d'une caverne à gauche. Les lésions sont peu évolutives et d'allure fibreuse.

Le malade est hospitalisé en *février* 1933.

Il sort en 1935, son état général est assez bon ; il n'y a plus de BK dans les crachats.

OBSERVATION 90

M. Sp..., 39 ans, hospitalisé à Brévannes en février 1928.

En 1926 le malade présente un Pott ayant débuté par une sciatique gauche.

On fait un plâtre en août 1927, qui se complique d'un abcès ossifluent qui apparaît dans l'aîne gauche en septembre 1928. Le plâtre est alors remplacé par le décubitus dorsal.

En août 1927 l'examen pulmonaire avait montré des signes de condensation discrète. Le malade présente des signes d'imprégnation tuberculeuse, mais son expectoration ne contient pas de BK. Sa température oscille entre 36°8 et 38°5.

En 1931 décès.

OBSERVATION 91

M. No..., 21 ans, entre à Brévannes en août 1922.

A l'âge de 14 ans, en 1915, il a été atteint d'une coxalgie gauche qui évolua vers la guérison.

En 1921 il fait une grippe puis touse. L'examen des poumons montre une infiltration bilatérale avec une respiration rude des 2/3 supérieurs gauches.

L'état général est très bon, pas de température. Les lésions sont assez étendues mais peu évolutives.

En 1929 décès.

OBSERVATION 95

Mme Le..., 27 ans, hospitalisée à Brévannes en septembre 1922.

En 1912 elle a été atteinte d'une tumeur blanche de l'épaule. On a pratiqué une résection.

En 1917 la malade fait une hémoptysie. L'état général est mauvais, la température est aux environs de 38°. Les lésions évolutives bilatérales prédominent à droite.

En 1922 apparition d'une tumeur au sein de nature tuberculeuse; on fait une incision.

Après cette intervention sur la tumeur, aggravation nette de la tuberculose pulmonaire.

En 1924 décès.

OBSERVATION 97

M. Bau..., 18 ans, entre dans le service en octobre 1928.

En 1928 apparition d'une tuberculose à forme fibreuse bilatérale.

En même temps apparition d'une scapulalgie droite avec abcès fistulisé.

Traité par les sels d'or on obtient une amélioration parallèle des lésions pulmonaires et osseuses.

En 1931 : suicide. Son état paraissait stationnaire.

OBSERVATION 98

M. Bou..., 47 ans, entre dans le service en octobre 1925.

En 1921 apparition d'une tumeur blanche du genou gauche ; intervention.

En 1924 il fait une bronchite avec signes d'imprégnation tuberculeuse.

La radio montre à *droite* : rétraction très dense du sommet avec grosse déviation de la trachée ; une sclérose diffuse péribronchique ; à *gauche* : sclérose diffuse plus discrète.

En 1931 : décès.

OBSERVATION 99

M. Or..., 20 ans, hospitalisé dans le service en mai 1930.

En 1928 l'examen des poumons révèle une lésion unilatérale gauche très discrète, peu évolutive. On institue un pneumothorax, mais bientôt abandonné, car il y a apparition de liquide.

A la même époque apparition : d'une tumeur blanche du coude ; d'une adénite tuberculeuse cervicale ; tuberculose du gros orteil droit.

Toutes ces lésions évoluent vers la suppuration et la fistulisation. Traitement par les U. V. et par l'antigène méthylique, la crisalbine. *L'amélioration et le tarissement des fistules s'accompagne d'accentuation des signes pulmonaires et d'augmentation de l'abondance de l'expectoration avec chute du poids.*

En 1932 les lésions chirurgicales sont complètement refermées.

Décès par hémoptysie.

OBSERVATION 102

M. Pa..., âgé de 37 ans, entre dans le service en septembre 1929.

En 1928 apparition d'une tumeur blanche du cou-de-pied puis du genou droit. On fait une amputation de la jambe droite.

En juin 1929 le malade fait des hémoptysies, l'examen des crachats montre la présence de BK. L'examen radiologique révèle une infiltration du lobe supérieur droit.

Le malade sort en 1930.

En 1935 l'état général du malade est assez bon.

OBSERVATION 103

M. Le Mou..., 35 ans, est hospitalisé à Brévannes en avril 1934.

En novembre 1932 le malade a fait des hémoptysies. On tente un pneumothorax, mais celui-ci ne donne aucun résultat. On pratique alors une phrénicectomie gauche.

En 1933 apparition d'une ostéite de l'avant-bras droit qui se fistulise.

Il entre à Brévannes en avril 1934 porteur de lésions pulmonaires bilatérales prédominant à gauche, mais peu étendues, non excavées et peu évolutives.

L'ostéite fistulisée coule peu. On institue un traitement par la crisalbine que l'on doit interrompre en raison de petits accidents. Le malade sort sur sa demande en mai 1934.

On revoit le malade en septembre 1935, son état général est mauvais, ses fistules coulent toujours.

OBSERVATION 107

M. Dom..., 21 ans, entre dans le service en octobre 1930.

Le malade est porteur de cicatrices cervicales d'anciens abcès froids.

En mars 1930 début de la tuberculose pulmonaire à forme pneumonique, température à 39°.

Il entre à Brévannes en *octobre 1930* porteur de lésions fibrocaséuses localisées au côté droit. On institue un pneumothorax que l'on doit abandonner après 15 insufflations en raison de l'apparition de liquide. La température tombe, l'état général s'améliore.

En février 1931 apparition d'une tuméfaction profonde du 1/3 moyen de l'avant-bras gauche. Radio ; flou au niveau du 1/3 moyen du cubitus. Evolution vers la suppuration ; les ponctions répétées avec injection de liquide modificateur amènent la guérison.

L'évolution fibreuse de la lésion pulmonaire droite n'a pas été influencée par l'apparition de l'abcès froid.

Le malade quitte Brévannes en août 1933, son état général est amélioré, l'abcès froid est guéri, le liquide pleural disparu.

OBSERVATION 106

M. Den..., âgé de 42 ans, hospitalisé à Brévannes en juillet 1926.

En 1912 apparition d'une tumeur blanche du genou gauche, on pratique une amputation.

En 1913 le malade est atteint de péritonite, il subit deux laparatomies.

En 1923 *Pott cervical* (minerve).

En 1924 à la suite de pneumonie évolution de la tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse assez rapide.

A son entrée à Brévannes, en 1926, la radio montre une image en mie de pain des deux lobes supérieurs. L'état général est médiocre, il maigrit, son expectoration est bacillifère. Il ressent une douleur persistante dans la région cervicale.

Il sort en octobre 1926 malgré l'avis médical. Le malade est perdu de vue.

OBSERVATION 113

M. Tar..., 19 ans, entre dans le service en juin 1924.

En 1919 apparition d'une coxalgie droite non soignée pendant deux ans. Il est envoyé à Berck en octobre 1921; il garde un plâtre pendant 1 an 1/2. Guérison de la coxalgie avec ankylose en bonne position.

Apparition d'une épидидymite droite.

On opère avec succès son épидидymite droite en juillet 1923, mais apparition d'une épидидymite gauche fistulisée.

En février 1924, pendant son séjour à Berk, on trouve dans ses crachats des BK. La radio montre des sommets denses. L'état général est assez bon. Les lésions pulmonaires sont assez importantes mais évoluent lentement. Le malade quitte Brévannes en octobre 1925 en très bon état général. Il a augmenté de 12 kgs, mais il présente un foyer résiduel très limité dans la fosse sus-épineuse droite.

OBSERVATION 117

M. Serr..., 23 ans, entre à Brévannes en novembre 1922.

A l'âge de 9 ans, en 1908, il est atteint d'un Mal de Pott qui guérit avec ankylose et gibbosité.

En 1922 il présente des signes d'imprégnation tuberculeuse. Infiltration discrète du sommet droit, quelques râles de bronchite diffuse. Il sort de Brévannes en 1923 avec un bon état général et ayant grossi.

OBSERVATION 124

Mme Bil..., 24 ans, hospitalisée dans le service en octobre 1925.

A la suite d'une grippe en 1918, la malade a présenté des lésions unilatérales gauches traitées par pneumothorax artificiel.

En 1922 production d'un épanchement dans le pneumothorax qu'on abandonne. Pachypleurite secondaire.

En juillet 1924 Pott dorsal (4^e, 5^e, 6^e vertèbres) signes cliniques et radiologiques nets. Evolution vers la guérison après 2 ans de simple immobilisation au lit sans corset (mal supporté), pas de formation d'abcès. En juin 1926 la malade quitte le service.

OBSERVATION 127

M. Ti..., 19 ans, entre dans le service en juin 1934.

A l'âge de 18 ans, en 1933, il est atteint d'un Mal de Pott

DIO-D/12 traité par greffe d'Albee et port d'un corset. Le malade guérit. Un examen radiologue en 1934 révèle des lésions pulmonaires. C'est une tuberculose de forme fibreuse très discrète. Il n'y a pas de bacilles dans l'expectoration.

Le malade sort à la fin de l'année 1934, son état est stationnaire.

OBSERVATION 130

M. Die..., âgé de 49 ans, hospitalisé dans le service en juillet 1934. Il est porteur de cicatrices d'abcès froid sushyôdien median.

A 33 ans, quelques temps après la guerre, fatigue, anorexie, légers signes d'imprégnation.

A 46 ans, hémoptysies.

En 1932 : apparition d'un abcès froid costal évoluant vers l'abcédation. Ponctionné plusieurs fois, il se fistulise.

En juillet 1934, à son entrée à Brévannes, l'examen radiologique montre un voile léger du sommet droit et quelques pommelures à gauche. L'état général est bon, il n'y a pas de bacilles dans l'expectoration. *L'apparition de l'abcès costal semble n'avoir eu aucun retentissement sur les lésions pulmonaires discrètes à forme fibreuse très peu évolutive.*

Le malade quitte Brévannes en octobre 1934.

Revu en octobre 1935, le malade est très amélioré, *l'abcès costal est tout à fait guéri*, il ne tousse pas, il n'a pas de BK.

OBSERVATION 132

Mme Tre..., 17 ans, entre dans le service en avril 1926.

A l'âge de 8 ans en 1917, apparition d'une arthrite tuber-

culeuse tibio-tarsienne. Plâtre et séjour à Berck. La malade guérit (bonne ankylose).

En 1925 : signes d'imprégnation tuberculeuse. Forme bilatérale prédominant à droite. La température est normale.

En 1927 : réveil de l'arthrite (plâtre) qui s'accompagne d'une recrudescence des signes d'auscultation sans aggravation notable de l'état général.

En 1930 la malade quitte Brévannes.

On nous signale, *en 1933*, qu'en raison de son état pulmonaire la malade a dû faire un nouveau séjour dans un sanatorium.

En 1935 l'état général est très satisfaisant.

OBSERVATION 134

M. Rit..., 19 ans, hospitalisé dans le service en décembre 1927.

En novembre 1926 : apparition d'une scapulalgie gauche

En mars 1927 : apparition d'un gros abcès arthifluent faisant saillie à la face postérieure du bras gauche. Le malade est à cette époque hospitalisé à Bichat où l'on reconnaît l'existence d'une tumeur blanche de l'épaule gauche.

En mai 1927 : hémoptysie d'emblée sans aucun signe d'imprégnation tuberculeuse. Assez bon état général.

En décembre 1927, il entre à Brévannes. La radio montre un sommet gauche opaque mais non homogène, des pommelures sus apicales droites. L'abcès est ponctionné 5 fois entre janvier 1928 et juin 1928. On retire jusqu'à 200 cc. de pus. Une petite suppuration persiste jusqu'en 1929.

Après ponction de l'abcès osseux, *en juin 1928*, l'état général s'améliore et demeure stationnaire avec augmentation progressive du poids jusqu'à l'été 1929.

En août 1929 le malade maigrit. On fait une série de crissaline. La suppuration se tarit.

Le malade sort sur sa demande en juillet 1930. Les lésions pulmonaires sont absolument stationnaires.

En janvier 1935 on nous signale que son état va en s'améliorant.

OBSERVATION 136

M. Blo..., 29 ans, entre à Brevannes en juin 1922.

Le malade présente un Mal de Pott ancien consolidé.

A son entrée au sanatorium le malade est atteint d'une tuberculose pulmonaire fibreuse. Il ne fait pas de température et ne présente aucune expectoration.

En 1935 l'état général est bon.

OBSERVATION 139

M. Mich..., 44 ans, entre dans le service en novembre 1931.

En novembre 1929 il a fait une pleurésie droite ponctionnée.

En février 1930 : apparition d'une tumeur blanche du poignet gauche très douloureuse, pas de tendance à la suppuration.

En mars 1931 : pleurésie séro-fibreuse, on fait deux ponctions évacuatrices.

En novembre 1931, à son entrée, il présente une tuberculose bilatérale à prédominance droite. L'expectoration est bacillifère, la température subfébrile.

On fait des sels d'or, et on immobilise l'articulation.

Le malade quitte Brévannes *en septembre 1933*, son état général est satisfaisant, les signes pulmonaires discrets. L'état du poignet est stationnaire. (Malade perdu de vue).

OBSERVATION 147

M. Au..., 31 ans, hospitalisé à Brévannes en octobre 1931.

Après une longue phase d'imprégnation, en septembre 1931, début brusque par un point de côté, toux, fièvre, BK dans les crachats.

L'examen radiologique montre des lésions bilatérales et une spéléonque droite.

En mars 1933 apparition d'une arthrite sacro-iliaque gauche réveillée par des douleurs. Chute de poids plus marquée. ETAT GÉNÉRAL PLUS GRAVE.

Disparition des douleurs après immobilisation.

Chute de poids progressive, aggravation de l'état général, présence de BK dans les crachats.

En 1934 : décès.

OBSERVATION 148

M. Pu..., 28 ans, entre dans le service en novembre 1924.

En 1922 : apparition d'une ostéite tuberculeuse du maxillaire supérieur (intervention).

Apparition d'un lupus du nez et du pharynx.

En 1924, au cours d'un séjour à Berck, hémoptysie légère, présence de BK dans les crachats.

A son entrée à Brévannes la radio montre, à *gauche* : grisaille de tout le champ pulmonaire, le lobe inférieur pommelé, une scissurite et en enpâtement hilaire ; à *droite* : un lobe moyen pommelé, une sclérose diffuse abondante.

Le malade présente des *adénites cervicales* bilatérales suppurées en voie d'assèchement, un petit abcès superficiel de la marge de l'anús évoluant vers la guérison.

Le malade quitte le service en mai 1925, pour entrer au centre maxillofacial de Saint-Louis.

En 1928, il meurt de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION 153

M. Bour..., 42 ans, entre dans le service en mars 1924.

Apparition d'abcès froids de l'épaule, du poignet, du testicule en 1920, puis *début apparent des lésions pulmonaires relativement discrètes*.

En août 1924, à son entrée à Brévannes, la radio montre à *gauche* : un voile du poumon avec marbrures du lobe supérieur sans lacunes ; à *droite* : surcharges bronchiques.

En octobre 1925 les abcès froids ne se sont pas fistulisés. Le malade sort sur sa demande avec un bon état général. (Malade perdu de vue).

OBSERVATION 155

M. Ad..., 32 ans, admis à Brévannes en février 1934.

En mars 1931 abcès froid du pied droit, ablation du 2^e métatarsien droit en juin 1931.

En août 1931 abcès synovial de la clavicule droite, qui donne une fistule qui coule jusqu'en mars 1933.

En octobre 1933 apparition d'abcès froids de l'aisselle droite. Découverte radiologique d'un Pott L/4 en novembre 1933. Apparition d'un abcès de la fosse iliaque gauche.

Toutes ces lésions évoluent rapidement vers l'abcédation puis la fistulisation.

En février 1934 découverte radiologique d'une infiltration du lobe pulmonaire supérieur gauche.

Le malade quitte le service par mesure disciplinaire en juin 1934 (malade perdu de vue).

OBSERVATION 163

M. Si..., 23 ans, entre à Brévannes en juin 1929.

En février 1929 synovites multiples d'apparition successive : poignet gauche, coude droit, genou gauche.

A la même époque signes d'imprégnation tuberculeuse. L'examen général montre des lésions pulmonaires.

En mai 1929 opération des synovites à Lariboisière. Il persiste une légère suppuration du poignet gauche.

L'affection pulmonaire semble avoir évolué plus nettement après l'intervention.

Il entre à Brévannes en juin 1929. La radio montre un état des deux premiers espaces dans les deux champs pulmonaires.

Après un traitement par la crisalbine, l'état général devient médiocre, l'amaigrissement est progressif, toux et expectoration abondante ; cependant pas de BK dans les crachats.

Le malade sort sur sa demande en mai 1930. (Malade perdu de vue).

OBSERVATION 171

M. Da., âgé de 27 ans, hospitalisé à Brévannes en juillet 1933. En 1908 ce malade avait eu un Pott dorsal qui a guéri mais il persiste une gibbosité.

Des lésions pulmonaires très peu évolutives apparaissent en 1923. Le malade entre à Brévannes en juillet 1933 d'où il sort sur sa demande en novembre 1933. L'état des lésions pulmonaires est stationnaire.

OBSERVATION 172

M. Per..., 45 ans, entre dans le service en juillet 1922. C'est un ancien pleurétique chez qui évoluent parallèlement deux foyers tuberculeux articulaires et une tuberculose pulmonaire fibreuse et apyrétique.

En 1915 il a fait une pleurésie sèche à droite.

En 1922 une grippe suivie de pleurésie gauche que l'on ponctionne ; puis apparaissent : une ankylose de l'articulation scapulo-humérale gauche,

— une orchididymite tuberculeuse droite,

— une arthrite du genou droit avec ankylose partielle sans suppuration, suivie d'une grosse atrophie musculaire de la cuisse droite.

Lors du début des arthrites, l'examen pulmonaire montre : des signes de condensation du sommet droit qui s'éclaire

mal à la toux, une rudesse respiratoire à ce niveau, aux deux bases symptômes de pachypleurite. L'évolution est absolument apyrétique.

Le malade quitte Brévannes après six mois de séjour (il est perdu de vue).

OBSERVATION 173

M. Ma..., 45 ans, entre dans le service en août 1929.

En 1921 il a été atteint d'une bronchite chronique, suivie de signes d'imprégnation tuberculeuse.

Il est hospitalisé au sanatorium Clémenceau jusqu'en avril 1925.

En 1926 apparition d'une tumeur blanche du genou droit, qui guérit après résection ; les résultats fonctionnels sont bons.

Cette tuberculose osseuse n'a aucun retentissement sur l'état pulmonaire.

Au mois d'août 1929 il entre à Brévannes. Son état général est bon, il est apyrétique, mais il présente des douleurs persistantes dans le genou gauche. Ces douleurs résistent à tous les traitements.

L'examen radiologique des poumons montre : une légère diminution de transparence du sommet gauche.

Après une cure sanatoriale de 11 mois, le malade quitte le service avec bon état général. (Malade perdu de vue).

OBSERVATION 174

M. Jo..., 36 ans, entre dans le service en février 1925.

En 1910 pleurésie gauche.

En 1911 le malade fait des hémoptysies répétées.

Pendant onze ans, guérison apparente, plus aucun signe d'accidents pulmonaires.

En 1922 apparition d'une épididymite tuberculeuse droite.

En 1923 apparition d'une épididymite tuberculeuse gauche. Toutes deux évoluent vers la fistulisation.

En septembre 1924 le malade est atteint d'une tuberculose rénale et d'un phlegmon périnéphrétique.

Lors de son entrée à Brévannes, en février 1925, les épididymites sont refermées. L'examen pulmonaire révèle une légère submatité du sommet droit en arrière, une respiration un peu rude au niveau du hile, quelques râles fins après la toux ; à gauche, le poumon est normal. On ne trouve pas de BK dans l'expectoration.

Au mois d'avril 1925 : apparition d'une ostéite de la base du gros orteil gauche qui se fistulise.

Le phlegmon périnéphrétique a été incisé en avril 1925, il s'est ensuite fistulisé.

Une néphrectomie a été faite à Necker en juin 1925.

Le malade a été ensuite perdu de vue.

OBSERVATION 175

M. God..., 56 ans, est hospitalisé à Brévannes en septembre 1933. Au mois de février 1933 il avait présenté des signes d'imprégnation tuberculeuse : toux, expectoration, température au voisinage de 38°, 38°5.

Il fait une hémoptysie au mois de *mars* 1933, il maigrit, sa température est oscillante.

En juin 1933 apparition d'une arthrite de l'épaule droite suivie d'une atrophie musculaire, mais elle ne donne lieu à aucun retentissement sur les lésions pulmonaires qui semblent peu évolutives.

A son entrée à Brévannes, en *septembre* 1933, l'examen radiologique montre : à droite : une caverne triangulaire du hile, une infiltration de l'étage sus-hilaire ; à gauche : obscurité du sommet.

Le malade est soumis à la cure sanatoriale. On lui fait un traitement par la crisalbine et l'antigène méthylique. Il en résulte une légère amélioration des lésions pulmonaires. Les mouvements de l'épaule droite redeviennent plus libres, les douleurs moins marquées.

Le malade sort sur sa demande en *mai* 1934.

OBSERVATION 176

M. Ri..., âgé de 42 ans, entre dans le service en *décembre* 1933.

En novembre 1930, étant très fatigué, il va consulter à Beaujon. Il est reconnu tuberculeux. On tente un pneumothorax à gauche. Ce pneumothorax est impossible.

En mai 1932 apparition d'abcès froids costaux qui se fistulisent. Il y a aggravation des lésions pulmonaires.

A son entrée à Brévannes, en *décembre* 1933, il présente des lésions fibro-caséuses bilatérales avec symphyse. Les plaies sternales sont largement excavés. Le malade est très cachectique. Il *meurt en avril* 1934 de cachexie.

OBSERVATION 177

M. Po..., 47 ans, entre dans le service en mai 1934. (Réactivation d'une tuberculose pulmonaire après apparition simultanée de deux grosses lésions osseuses.)

En 1924 ce malade avait présenté une poussée évolutive pulmonaire. Pendant 10 ans plus aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Apparition d'une coxalgie droite, d'une tuberculose du genou gauche en 1932.

En mai 1934, lors de son entrée à Brévannes, l'examen radiologique montre une tuberculose bilatérale excavée à maximum gauche.

Le malade est très amaigri, il a perdu 17 kg. en 2 ans, il est dyspnéique, il tousse.

L'examen des lésions osseuses révèle une destruction complète du cotyle avec luxation iliaque du moignon cervical fémoral ; il n'y a pas d'ankylose. On trouve aussi une hydarthrose du genou gauche.

En juin 1934 : le Vernes résorcine est de 79
la Sédimentation est de 28.

En juillet 1935 : le Vernes résorcine est de 63
la Sédimentation est de 23.

Au mois de juin 1936 le malade est encore en traitement. L'état pulmonaire est stationnaire, l'état général satisfaisant.

OBSERVATION 178

M. Lec..., 22 ans, hospitalisé dans le service le 17 janvier 1934. Ce malade a fait une pleurésie en 1928.

Au cours de l'année 1930 il a présenté des signes d'imprégnation tuberculeuse : toux, expectoration, mauvais état général.

En même temps apparition d'une tumeur blanche du poignet. On fait un plâtre, la tumeur blanche guérit.

En 1932 le malade souffre de douleurs lombaires qui s'accroissent de jour en jour.

En 1933 il consulte à Laënnec. On trouve des BK dans les crachats.

A son entrée à Brévannes, en janvier 1934, la radiographie montre une tuberculose pulmonaire discrète.

Le malade se plaint de douleurs de l'articulation coxo-fémorale.

En octobre 1934 le Vernes résorcine est de 103
la Sédimentation est de 65.

En novembre 1934 apparition d'un abcès de la fosse iliaque droite (probablement d'origine pottique).

En janvier 1935 apparition d'un abcès volumineux de la région trochantérienne (coxalgie). On ponctionne cet abcès, on retire 250 cc. On fait une ponction de l'abcès de la cuisse, en mai 1935, on retire 800 cc.

En juillet 1935 : le Vernes résorcine est de 20,
la Sédimentation est de 2.

En juin 1936 l'aggravation de l'état général continue ; le malade a maigri de 10 kg. en un an. Les abcès suppurent. L'état pulmonaire est stationnaire.

OBSERVATION 179

M. Carr..., âgé de 51 ans, entre dans le service en mars 1936.

Ce malade a fait une bronchite en 1929, puis il maigrit, toussé, a des sueurs nocturnes.

La radio montre une infiltration diffuse des deux sommets et des hiles. La tuberculose pulmonaire a une allure torpide pendant 5 ans.

Au début de l'année 1934 apparition d'une tumeur blanche de l'épaule droite et d'abcès froids scapulaires droits.

L'apparition de ces lésions osseuses s'accompagne d'une aggravation de l'état général et des lésions pulmonaires. On trouve de nombreux BK dans l'expectoration.

La tumeur blanche de l'épaule est opérée en novembre 1934, la cicatrisation est mauvaise. Suppuration des lésions, les fistules persistent.

En mars : le Vernes résorcine est de 160,
la Sédimentation est de 38.

En juin 1936 l'état général du malade est très aggravé, la perte de poids est considérable.

OBSERVATION 180

M. Verr..., 25 ans, entre à Brévannes le 3 juillet 1931.

En 1928 il présente des douleurs de la hanche gauche.

Le diagnostic de coxalgie est fait en 1930.

Lors de son entrée à Brévannes, en *juillet* 1931, l'état général est bon.

L'examen des poudons révèle un peu de rudesse respiratoire des sommets.

Le malade a un abcès de la face antérieure de l'articulation coxo-fémorale.

De 1931 à 1933 on fait des ponctions répétées de l'abcès ; la fistulisation est persistante.

En janvier 1935, en même temps qu'apparaissent des douleurs périnéales et vésico-crurales, les premiers signes pulmonaires se manifestent.

La radio montre des lésions légères des deux sommets.

La température oscille entre 39° et 40° ; l'état général est de plus en plus déficient. Le malade présente un subictère. Ses selles sont diarrhéiques.

Suppuration abondante, à gros débit des lésions osseuses correspondant à un volume important de tissus atteints.

Les lésions pulmonaires continuent à évoluer.

L'état général du malade est de plus en plus déficient, la température est toujours oscillante, la diarrhée et le subictère persistent. La mort survient en mai 1936.

OBSERVATION 181

M. Bas..., 24 ans, entre dans le service en septembre 1935.

En 1920 ce malade a été atteint d'une tumeur blanche de la clavicule gauche, qui a été opérée en 1922.

Apparition d'un abcès froid du pied droit et du coude droit en 1922.

En 1928 : apparition d'une tumeur blanche du coude droit.

Il fait un séjour à Berck de *décembre 1934 à mai 1935*. Opération de la tumeur blanche du coude droit en décembre 1934.

En mai 1935, pendant son séjour à Berck, apparition des premiers signes de tuberculose pulmonaire : douleur interscapulaire, toux, température persistante, présence de BK dans les crachats.

Lors de son entrée à Brévannes, *en septembre 1935*, la radio montre un voile des deux sommets, une image suspecte à prédominance droite.

En février 1936 : apparition d'un abcès sterno-claviculaire.

En mars 1935 il est atteint d'un mal de Pott des 4° et 5° vertèbre lombaires.

Actuellement le malade est toujours en traitement. La coquille faite pour le Mal de Pott a été mal supportée. La température est toujours oscillante en 37° et 38°.

L'état pulmonaire est stationnaire.

OBSERVATION 182

M. Jou..., âgé de 47 ans, est hospitalisé à Brévannes en août 1934.

Ce malade a présenté, en 1904, un chancre syphilitique.

Il a fait une crise de rhumatisme articulaire aiguë en 1907, qui lui a laissé un rétrécissement mitral.

En 1908 débute une tuberculose pulmonaire à allure torpide.

Au mois d'*août 1934* : apparition d'une collection sous-maxillaire gauche du volume d'une mandarine, qui s'ouvre spontanément (fistule).

Cet abcès s'accompagne d'une aggravation rapide des lésions pulmonaires.

A son entrée à Brévannes, le malade présente : un état polycavitaire des deux étages sus-hilaires, une petite surcharge pommelée autour du hile gauche, une soudure de la coupole gauche à angle droit à l'horizontale de la 6° côte.

L'expectoration est abondante.

Le 9 avril 1935 apparition d'une collection fluctuante, très douloureuse de la crête tibiale gauche. On fait une incision.

Le 23 avril 1935 le malade se plaint de douleurs du coude droit. Les mouvements en sont limités.

En août 1935 apparition d'un abcès oléocranien droit.

L'état général du malade est très mauvais.

La mort survient en décembre 1935.

OBSERVATION 183

M. Ja..., 45 ans, entre dans le service en avril 1934.

Il a été atteint d'une pleurésie gauche suivie d'une tuberculose pulmonaire en janvier 1931.

En janvier 1932 apparition d'une épидidymite gauche. On pratique l'ablation du testicule.

Apparition d'un Pott dorsal en décembre 1933, et d'un abcès au-dessus de l'arcade crurale droite.

À son entrée à Brévannes, en avril 1934, la radio montre : une double infiltration apicale. L'auscultation révèle à gauche : des râles humides, des gargouillements.

Le malade présente un Pott des 5^e, 6^e, 7^e vertèbres dorsales, un abcès de la fosse iliaque droite. On fait une ponction de l'abcès, le contenu est caséeux.

Il présente des douleurs s'irradiant aux deux membres inférieurs, il n'a aucun trouble réflexe ou sensitif.

À cette époque l'état général est bon, le malade n'est pas dyspnéique, il ne tousse pas, il ne crache pas. La sédimentation est de 4.

Au début de 1935 apparition d'une cystite.

En juin 1935 : le Vernes résorcine est de 85,
la Sédimentation est de 46.

Le malade sort sur sa demande en août 1935.

OBSERVATION 185

M. Gi..., âgé de 47 ans, entre dans le service le 13 mai 1933.

Ce malade a fait une pleurésie en 1922. Depuis il est resté fragile, il tousse souvent.

Il fait une hémoptysie en *novembre* 1933 (il fait alors un séjour à Brévannes).

En janvier 1933 : apparition d'un gros abcès inter vertebro-scapulaire droit. *Pott des 3^e et 4^e vertèbres dorsales.*

Le 8 février 1933 il fait une grosse hémoptysie et simultanément apparition d'un abcès trochantérien. Le malade ne boite pas.

Tuméfaction du triangle de Scarpa.

A son entrée à Brévannes, en *mai* 1933, la radio montre une tuberculose ulcéro-fibreuse en évolution du poumon droit : lésions des 3/4 supérieurs.

Lésion du 1/4 supérieur du poumon gauche.

L'expectoration est abondante, purulente et bacillifère.

Au point de vue osseux la radio affirme le diagnostic de Pott.

Le 2 novembre 1933 : le Vernès résorcine est de 88,
la Sédimentation est de 5g.

On ponctionne les abcès, les fistules persistent.

En janvier 1934 : l'état pulmonaire est plutôt amélioré.

En février 1935 : le malade fait la grippe.

En mars 1935 : il fait une petite hémoptysie. .

En octobre 1935 : apparition d'une laryngite tuberculeuse.
La cachexie est progressive.

Le 19 novembre 1935 : le Verne est de 77,
la Sédimentation est de 22. .

L'état général du malade est très mauvais. Le malade sort sur sa demande.

OBSERVATION 186

M. Pl..., 42 ans, entre dans le service le 13 juin 1934.

En 1930 il a fait une pleurésie séro-fibreuse droite. Il a gardé le lit deux mois, puis repris son travail.

En août 1933 il souffre du coude droit. Celui-ci présente une augmentation de volume. On fait un plâtre.

En octobre 1933 résection du coude à Ambroise Paré.

Lors de son entrée à Brévannes la radio montre :

— des taches au sommet droit,

— une accentuation considérable du tractus bronchique,

— une adénopathie hilare.

A l'auscultation, le sommet droit est suspect.

L'expectoration ne contient pas de BK. Le malade a des sueurs abondantes la nuit.

La radio osseuse montre une non consolidation du coude.

En juin 1934 : le Vernes résorcine est de 34,

la Sédimentation est de 6.

Le 27 mai 1935 : le Vernes résorcine est de 18,

la Sédimentation est de 5.

Les accidents osseux sont sans retentissement sur l'état pulmonaire, la tuberculose est peu évolutive.

OBSERVATION 187

M. Met..., âgé de 24 ans, est hospitalisé à Brévannes le 23 octobre 1936.

Le malade a été réformé en 1933. La radio montrait des taches au poumon droit.

Il a fait une hémoptysie en 1934.

En 1935 signes d'imprégnation tuberculeuse : fatigue, anorexie, sueurs nocturnes abondantes.

A l'entrée à Brévannes, l'auscultation révèle une submatité des poumons droits et gauches, une légère diminution des vibrations, des râles après la toux surtout à droite.

La radio montre une infiltration fibro-caséuse des deux étages sus-hilaires avec prédominance à droite.

L'expectoration est abondante et contient des bacilles de Koch.

A la même époque le malade se plaint de douleurs lombaires bilatérales prédominant à droite. Ces douleurs sont surtout accusées le matin au réveil et cèdent à la marche.

La radio osseuse montre un Pott lombaire des 4^e et 5^e vertèbres.

Le 19 novembre 1935 le Vernes est de 78
la Sédimentation est de 12.

Le malade sort sur sa demande le 6 janvier 1936. (Malade perdu de vue.)

OBSERVATION 188

M. Wal..., 25 ans, entre dans le service en mai 1935.

En mai 1934 apparition d'un Pott dorso-lombaire.

Alors qu'il est en traitement à Berk, il fait une poussée évolutive pulmonaire en décembre 1934.

Lors de son entrée à Brévannes en mai 1935, la radio montre une opacité subtotale du champ gauche.

Le malade tousse, est dyspnéique. Il se plaint de douleurs

dorsales, de fourmillements dans les pieds et d'incontinence d'urines.

On fait une coquille : plus d'incontinence d'urines, mais paraplégie ; déchéance progressive.

Le malade sort sur sa demande en janvier 1936.

OBSERVATION 190

M. Mon., âgé de 47 ans, entre dans le service le 2 mai 1934.

Il a été atteint d'une pleurésie droite en 1932. Il a conservé un point de côté. Il tousse surtout le matin, son expectoration est abondante.

A son entrée dans le service, la radio montre une pleurésie ankystée droite, une infiltration du sommet gauche.

Expectoration abondante : 50 crachats par jour. Présence du BK.

En novembre 1934 apparition d'une tumeur blanche du genou gauche (forme fongueuse).

Le 19 novembre 1934 on fait un plâtre qui est mal supporté.

En mai 1935 le membre est mis en extension continue. On fait une ponction de pus de 40 cc.

En juillet 1935 : le Vernes résorcine est de 96,
la Sédimentation est de 255.

Les lésions pulmonaires sont stationnaires, les résultats chirurgicaux sont nuls.

Le 13 octobre 1935 : décès par cachexie.

OBSERVATION 191

M. Le Bou..., 46 ans, entre dans le service en mars 1935.

En 1905 apparition d'une tumeur blanche du genou gauche, guérie en 1911 après grattage.

En 1926 apparition d'une tuberculose sterno-costale droite ; grattage en 1929. Formation d'une fistule.

En 1933 le malade tousse surtout le matin. Le malade se plaint de *douleurs de la hanche droite*, type névralgique. Il boite. On fait un plâtre à Cochin en 1934.

Lors de son entrée à Brévannes, en *mars 1935*, l'expectoration est peu abondante, la toux rare. L'examen des crachats est positif.

Les douleurs de la coxalgie droite ont disparu. Les fistules sterno-costales suppurent.

Il meurt de cachexie en *avril 1936*.

OBSERVATION 192

M. Br..., 24 ans, est hospitalisé dans le service en juin 1935.

En août 1933 il a été atteint d'une coxalgie droite qui s'est fistulisée.

En février 1934 . signes d'imprégnation tuberculeuses : toux, température.

A la même époque recrudescence des douleurs coxalgiques.

En mai 1934 l'examen des poumons révèle des lésions des deux sommets.

L'examen des crachats est positif.

En octobre 1934, entrée à Brévannes, en juin 1935, on trouve une infiltration nodulaire discrète des sommets. Il n'y a pas de BK dans l'expectoration.

Le malade présente une fistule antérieure de la cuisse (le pus est fluide) une infiltration coxale gauche.

Le malade est transféré à Tenon par mesure disciplinaire.

OBSERVATION 193

M. Bre..., âgé de 30 ans, entre dans le service en novembre 1935.

En 1918 il a été atteint d'une ostéite costale.

En 1919 : apparition d'ostéite humérales droite et gauche.

En 1920 : apparition d'une coxalgie gauche. Le malade est envoyé à Berck. Formation de fistules qui persistent.

En 1925 : ostéite du sternum.

Le malade fait une hémoptysie en 1930.

En 1932, il tousse, expectore abondamment, son état général est mauvais, il est dyspnéique. La radioscopie montre un poumon droit voilé.

Au moment de son entrée à Brévannes, en novembre 1933, la radio montre une légère grisaille du poumon droit. L'auscultation est presque négative, vraisemblablement les lésions sont sclérosées.

Coxalgie fistulisée en particulier avec l'urètre, le grand trochanter, le triangle de Scarpa, le périnée.

Novembre 1935 : l'urée sanguine augmente rapidement, 1 gr. 28.

Le malade sort sur sa demande en février 1936.

OBSERVATION 195

Mlle Lev..., 20 ans, est hospitalisée à Brévannes en septembre 1933.

Elle a été soignée dans l'enfance à Berk pour une atteinte bacillaire du genou droit.

En 1927 : apparition de douleurs cervico-dorsales.

En août 1933 : hémoptysie survenant après des signes d'imprégnation tuberculeuse (toux, amaigrissement).

En septembre 1933 au moment de son entrée à Brévannes, elle présente une tuberculose bilatérale excavée avec peut-être une légère tendance fibreuse. L'expectoration contient des BK.

Il y a recrudescence des douleurs cervico-dorsales depuis cinq mois, sans lésions visibles à la radio.

La malade quitte Brévannes en janvier 1936. Son *état général est assez bon*, les lésions pulmonaires semblent moins diffuses.

OBSERVATION 196

Mme Et..., 39 ans, entre dans le service le 26 avril 1935.

En 1931 apparition de signes d'imprégnation tuberculeuse (fatigue, amaigrissement).

La malade consulte, on fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

La malade présente des lésions gauches. Elle fait un séjour de 3 mois à la campagne. Elle revient avec excellent état général.

En 1934 : apparition d'une coxalgie droite. La malade boite de plus en plus et souffre.

Hospitalisée à Tenon, on met le membre en extension. La malade ressent un soulagement rapide.

En 1935 reprise de l'amaigrissement.

Elle entre à Brévannes en avril 1935.

L'auscultation révèle : une rudesse respiratoire bilatérale des deux sommets, à gauche de gros râles caverneux axillaires.

Au point de vue osseux : on trouve une hanche douloureuse avec un gros empatement et une grosse masse ganglionnaire. Il n'y a pas de menace d'abcès.

*Le 28 juin 1937 : le Vernes résorcine est de 140.
la Sédimentation est de 96-102.*

Les lésions pulmonaires restées discrètes et stationnaires pendant trois ans sont réveillées quand apparaît la coxalgie, et évoluent rapidement vers une tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale.

La malade maigrit beaucoup, l'état général s'aggrave, la mort survient le 19 septembre 1935.

OBSERVATION 198

Mme Que..., âgée de 38 ans, est hospitalisée dans le service le 21 juin 1934.

La malade a fait un séjour de 14 mois au sanatorium de Bligny en 1914, puis elle a repris son travail jusqu'en 1932.

En 1932 : apparition d'une tumeur blanche du genou gauche. Un plâtre est fait à la Pitié.

On fait une radio pulmonaire en juin 1934 qui montre des taches et marbrures dans l'espace intercléido-hilaire droit.

On trouve des BK. dans l'expectoration.

A la marche la malade ressent des douleurs dans le genou gauche, en avant on trouve une petite tumeur pseudo-fluctuante.

En juin 1934 : le Vernes résorcine est de 50,
la Sédimentation est de 25.

On institue un traitement par le gluconate de calcium, et l'allochrysine. La malade est très améliorée.

Elle sort le 7 février 1936. Son état général est très satisfaisant.

CONCLUSIONS

Considérant les tuberculoses mixtes ostéo-articulaires et pulmonaires associées du double point de vue de l'ordre chronologique d'apparition et de l'importance anatomo-pathologique des lésions, nous arrivons, en nous basant sur un total de 108 observations, aux résultats suivants :

1° CLASSIFICATION CHRONOLOGIQUE

Type I : Tuberculoses mixtes à précession pulmonaire

Cette forme, la plus fréquente présente une infinie variété de manifestations tant au point de vue pulmonaire qu'au point de vue osseux.

L'évolution de ces tuberculoses mixtes à précession pulmonaire est extrêmement rapide, nous relevons 36 décès, presque tous survenus moins de deux ans après l'apparition de la lésion osseuse, sur 58 malades suivis. Le pronostic nous semble d'autant plus grave que l'intervalle d'apparition des lésions est plus court.

Type II : Tuberculoses mixtes à début concomittant

C'est une forme beaucoup plus rare.

Les lésions ostéo-articulaires frappent en général une grosse articulation : hanche, genou, coude et évoluent rapidement vers la suppuration et la fistulisation.

Les lésions pulmonaires présentent presque toujours une évolution rapide et s'accompagnent souvent d'hémoptysies.

L'évolution suit une marche accélérée, les malades succombent en moins de deux ans.

Type III : Tuberculoses mixtes à précession ostéo-articulaire

Deux cas sont à considérer :

1° *Ou bien la tuberculose pulmonaire évolue après guérison d'une tuberculose osseuse :*

— Les lésions chirurgicales ne portent en général que sur une grosse articulation.

— Les lésions pulmonaires survenues beaucoup plus tard affectent une forme fibreuse et très peu évolutive. Nous estimons qu'il y a lieu dans ce

groupe d'opposer, au point de vue de leur évolution, les ostéo-arthrites guéries dans l'enfance et qui ont donné très tardivement une tuberculose pulmonaire fibreuse à évolution lente, aux ostéo-arthrites de l'adulte guéries mais se compliquant secondairement et d'une façon beaucoup plus précoce d'une tuberculose pulmonaire plus rapidement évolutive.

2° ou bien la tuberculose pulmonaire évolue parallèlement à une tuberculose ostéo-articulaire d'apparition antérieure.

— Les lésions osseuses affectent également une grosse articulation, mais comportent parfois plusieurs localisations successives, et elles suppurent abondamment.

— Les lésions pulmonaires présentent le plus souvent une marche rapide. Les malades meurent de cachexie ou d'amylose.

II. — CLASSIFICATION ANATOMIQUE

Type I : Tuberculose pulmonaire associée à une tuberculose ostéo-articulaire de grosse articulation

La tuberculose osseuse est en général du type : Pott, coxalgie, tumeur blanche du genou, du cou-

de-pied, de l'épaule aboutissant à la fistulisation avec vastes décollements.

La tuberculose pulmonaire est de gravité moyenne jusqu'à la date d'apparition de la tuberculose osseuse, puis suit une marche d'aggravation assez rapide. On note un grave retentissement sur l'état général, qui se manifeste par un gros amaigrissement et de l'anorexie.

*Type II : Tuberculose pulmonaire associée
à une tuberculose ostéo-articulaire accessoire*

La tuberculose osseuse n'intéressant qu'un petit territoire se comporte comme un épiphénomène et apparaît secondairement à la *tuberculose pulmonaire*. Il semble n'y avoir aucun retentissement réciproque des lésions, la tuberculose pulmonaire suit sa marche (aggravation le plus souvent).

*Type III : Tuberculose pulmonaire associée
à de petites localisations ostéo-articulaires multiples*

Cette forme évolue en trois phases, schématiquement :

— 1^{re} phase : évolution, souvent unilatérale d'une tuberculose pulmonaire isolée.

— 2^e phase : apparition des petites localisations du type : spina-ventosa, abcès thoraciques, ostéites diaphysaires.

3^e phase : fléchissement rapide de l'état général.

Type IV : Tuberculose pulmonaire associée à plusieurs localisations ostéo-articulaires graves

Dans cette forme :

— ou bien il s'agit d'une forme à *précession pulmonaire* rapidement évolutive dans la majorité des cas, dès l'apparition des accidents osseux, mais pouvant parfois revêtir une allure torpide,

— ou bien au contraire, il s'agit d'une forme à *précession ostéo-articulaire* la tuberculose pulmonaire apparaissant insidieusement en même temps qui se font jour de nouvelles localisations osseuses.

Les lésions chirurgicales fistulisées suppurent abondamment tandis que les lésions pulmonaires affectent une marche accélérée.

Vu : *Le Doyen*,
ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) LAËNNEC. — Précis d'auscultation.
- (2) COUVREUR. — Thèse Paris 1892.
- (3) LETULLE et P. HALBRON. — (Extrait du « Nouveau Traité de Médecine » de Roger Vidal et Teissier. — Tome XII, page 283.) « Complications osseuses et articulaires de la Tuberculose pulmonaire ».
- (4) MARFAN. — Archives générales de Médecine 1886. — Mars-Avril N° 1, page 423.
- (5) MARFAN. — Paris médical 1^{er} janvier 1921 « La scrofule conception ancienne, conception nouvelle ».
A propos du procès-verbal au sujet de la communication de MM. Pierre-Bourgeois et M. Lebel, sur les tuberculoses mixtes. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 8 janvier 1937. N° 1, page 33).
- (6) RIST. — Revue de la tuberculose N° 3 juin 1923 « Localisations extra-pulmonaires de la tuberculose ».
Soc. Méd. des Hôp., séance du 4 décembre 1936, N° 34, page 1646.
- (7) CAMINO. — Thèse Paris 1924.
- (8) F. BEZANÇON et PHILIBERT. — « L'allergie tuberculeuse et le problème du terrain dans la tuberculose » (Paris Médical, 9 février 1924).
« La signification biologique du phénomène de Koch » (Paris Médical, 2 janvier 1926).

- (9) J. FREY. — Thèse 1927.
- (10) CATTI. — Le Forze Sanitarie, 10 juillet 1933 « Tuberculose osseuse et articulaire ».
- (11) M. RENAUD. — Gazette des Hôpitaux, N° 26, 1^{er} avril 1933, page 491 « Avec quelle fréquence la tuberculose pulmonaire s'associe-t-elle aux tuberculoses dites locales? »
- (12) JACOB. — Revue de la tuberculose 1932, page 183. Comptendu de la Société de la Tuberculose, séance du 12 décembre 1931.
- (13) WURTERSTEIN. — Areliw Für Klinische Chirurgie, 4 avril 1923 « Contribution à l'étude de la tuberculose de la thyroïde ».
- (14) M. PALTRINIERI (Bologne). — « La chirurgia degli organi di Movimento, volume 19, fasc. 4 octobre 1934-in : Journ. de Chirurgie, tome 45, N° 5, mai 1935, page 765 « Tuberculose ostéo-articulaire et tuberculose pleuro-pulmonaire ».
- (15) ETIENNE-BERNARD et P. KLOTZ. — Paris Médical, 5 janvier 1935 « Tuberculose pulmonaire de l'adulte associée à des foyers extra-pulmonaires multiples ».
- (16) ETIENNE-BERNARD. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 4 décembre 1936, N° 34, page 1643.
- (17) COMBY. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 4 décembre 1936, N° 34, page 1642.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	11
HISTORIQUE	15
I. — Travaux cliniques anciens	17
PREMIÈRE PARTIE. — Classification d'après l'ordre d'apparition des lésions	29
CHAPITRE PREMIER. — Tuberculoses mixtes à pré- cession pulmonaire	31
CHAPITRE II. — Formes à début concomittant	35
CHAPITRE III. — Tuberculoses mixtes à précession osseuse.	39
DEUXIÈME PARTIE. — Classification d'après les formes anatomiques	47
CHAPITRE PREMIER. — Tuberculose pulmonaire as- sociée à une tuberculose ostéo-articulaire de grosse articulation	47
CHAPITRE II. — Tuberculose pulmonaire associée à une tuberculose ostéo-articulaire accessoire	51

CHAPITRE III. — Tuberculose pulmonaire associée à de petites localisations ostéo-articulaires multiples.	55
CHAPITRE IV. — Tuberculose pulmonaire associée à plusieurs localisations ostéo-articulaires graves ..	58
OBSERVATIONS	61
CONCLUSIONS	119
BIBLIOGRAPHIE	123

